

Versorgungsärztliche Begutachtung des sogenannten posttraumatischen Kastrationssyndroms

**Untersuchung zur psychosexuellen und psychosozialen
Situation der Geschädigten**

von

Hans-Ulrich Frank

aus

Siegen

1972 № 215



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548611_0086

Aus der Klinik und Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten
der Universität Erlangen-Nürnberg
Direktor: Professor Dr. med. O. Hornstein

Versorgungsärztliche Begutachtung des sogenannten posttraumatischen Kastrationssyndroms

Untersuchung zur psychosexuellen und psychosozialen
Situation der Geschädigten

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen-Nürnberg

vorgelegt

von

Hans-Ulrich Frank

aus

Siegen

Gedruckt mit Erlaubnis der Medizinischen Fakultät
der Universität Erlangen-Nürnberg

Versorgungsfähigkeit der Bevölkerung
des sogenannten postindustriellen
Kasualsystems

Untersuchung zur Versorgungsfähigkeit und psychischen
Störungen der Bevölkerung

1972 (1971) - Dissertation

von Dr. med. Dr. phil. habil. Dr. phil. habil.

Dr. med. Dr. phil. habil. Dr. phil. habil.

Dr. med. Dr. phil. habil. Dr. phil. habil.

Dr. med. Dr. phil. habil. Dr. phil. habil.



Dekan: Prof. Dr.G.Koch

Referent: Prof. Dr.O.P.Hornstein

Tag der mündlichen Prüfung: 15.Februar 1972

Hans-Ulrich Frank

Dr. med. Dr. phil. habil. Dr. phil. habil.

M e i n e n E l t e r n i n D a n k b a r k e i t
g e w i d m e t

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
I. Die Problematik des andrologischen Begutachtungswesen im allgemeinen	1
II. Eigene Fragestellung	8
III. Das sogenannte endokrine Psychosyndrom	10
IV. Aktenkundige Untersuchungen	16
V. Nachuntersuchungen an Patienten	32
VI. Diskussion der Ergebnisse	55
VII. Antiandrogene	72
VIII. Zusammenfassung	75
IX. Literaturhinweise	76

I. Die Problematik des andrologischen Begutachtungswesens im allgemeinen

Um die versorgungsrechtliche Bewertung der Kastration gingen zu allen Zeiten die Meinungen in der Hinsicht auseinander, wie man den Verlust der Testes und ihre Folgen im somatischen und psychischen Bereich bewerten sollte.

So wurde bis zum ersten Weltkrieg für erhebliche äußere Körperschäden, etwa auch für den Hodenverlust, neben der Rente noch eine zusätzliche Verstümmelungszulage gewährt. Nach der Entscheidung der Reichsversicherungsordnung (RVO) vom 4.2.1903 wurde weder bei einer Impotentia generandi (I.g.) noch bei einer Impotentia coeundi (I.c.) eine Herabsetzung der Erwerbsfähigkeit anerkannt, es sei denn, daß dadurch "krankhafte Störungen" entstanden waren und diese die Erwerbsfähigkeit herabsetzten. Diese aus dem Jahr 1903 stammende Entscheidung wird, so berichtet DOEPFNER, auch heute noch bedauerlicherweise von einigen Versicherungsträgern als richtungsweisend betrachtet. "Im Wehrmachtsfürsorge- und Versorgungsgesetz von 1938 war das sogenannte Versehrtengeld nur eine Anerkennungsgebühr, deren Höhe sich lediglich nach der Schwere der körperlichen Schäden richtete und von einer etwaigen MdE (Minderung der Erwerbsfähigkeit) unabhängig war. Eine zusätzliche Rente wurde nur bei völliger Arbeitsunfähigkeit gewährt" (BESCHORNER).

Bis zum Jahre 1956 wurde im geltenden Recht die MdE nur nach der körperlichen Beeinträchtigung im allgemeinen Erwerbsleben beurteilt. Durch das 5. Änderungs- und Ergänzungsgesetz vom 6.6.1956 mit Wirkung vom 12.6.1956 wurde der § 30 des BVG (Bundesversorgungsgesetz) dahingehend geändert, daß seitdem auch seelische Begleiterscheinungen und Schmerzen in ihrer Auswirkung auf die Erwerbsfähigkeit bei der Bemessung der MdE zu berücksichtigen sind.

Nach DOEPFMER sollte jede Versorgung von einer doppelten Zielsetzung ausgehen:

- 1) die Gewährung eines Entgelts für den Verlust der körperlichen Unversehrtheit,
- 2) eine Entschädigung der durch den Körperschaden bedingten materiellen und ideellen Nachteile, gemessen an der Minderung der Erwerbsfähigkeit, die sich häufig erst aus einer psychischen Alteration ergibt.

Gerade bei den Männern mit Folgen eines Kastrationssyndroms darf man den psychischen Faktor nicht unberücksichtigt lassen, da sich die Betroffenen je nach Herkunft, Alter, Zeitpunkt der Schädigung, körperlicher und geistiger Veranlagung, beruflicher und seelischer Situation sehr unterschiedlich mit ihrem entstandenen Schaden abfinden. Man sollte nicht einfach häufig später auftretende Störungen wie Minderwertigkeitsgefühl, Depressionen oder Minderleistungen im Beruf als psychopathische oder neurotische Reaktionsweisen fehldeuten.

Man darf nicht in den Irrtum verfallen, so BORELLI, anzunehmen, daß psychische (oder andere Ursachen) in dem Augenblick keine Rolle mehr spielen, in dem ein körperliches Substrat gefunden wird.

"Für den Gutachter ist es in der Regel nicht möglich, zwischen finalen Begehrungsvorstellungen im Sinne von Rentenneuosen und einer wirklichen Beeinträchtigung des Daseinsgefühls und der Glücksfähigkeit sicher zu unterscheiden. Folglich werden auch von vielen mit der Problematik nicht vertrauten Ärzten und ganz besonders auch von Richtern die Gesamtpersönlichkeit prägende Folgeerscheinungen in Form von Minderwertigkeitsgefühlen, depressiven Stimmungen, Leistungsminderungen, psychische Alteration mit nachteiligen Auswirkungen im Berufs- und Gesellschaftsleben häufig unterschätzt" (DOEPFMER).

Nach den Erfahrungen von DOEPFMER hing in gewissem Maße die Bewertung von andrologischen Gutachten davon ab, ob diese von

einem Internisten bzw. Endokrinologen, einem Chirurgen bzw. Urologen oder Andrologen erstellt wurde. Gerade bei andrologischen Gutachten müssen die pathologischen Veränderungen sehr individuell unter Berücksichtigung der ursächlichen Zusammenhänge (z.B. direkte Kriegsfolgen oder Mumps mit irreparablen Spätfolgen), die Dauer der Gefangenschaft, die beruflichen Begebenheiten, das Alter und besonders das Familienschicksal bewertet werden.

Die prozentuale Einstufung der MdE bei Kastration wurde bei LANGE (1934) noch mit 30 % bei Verlust beider Hoden angegeben. Da keine Angaben über die Bewertung über einen einseitigen Verlust bestehen, wird dieser wohl mit 0 % anzugeben sein.

Unmittelbar nach dem II. Weltkrieg wurde der Verlust eines Hodens mit 10% und beider Hoden mit 50% beurteilt (ROSTOCK). SCHEELE differenziert in dieser Frage allerdings, indem er sagt, daß der Verlust eines Hodens bei intaktem zweiten Organ für den Gesamtorganismus nicht von Belang sei. Doppelseitiger Verlust müsse nach dem Allgemeinzustand zur Folge, nach dem Alter, in dem der Verlust erfolgte und nach dem Ausmaß von Begleitschäden verschieden bewertet werden: $33 \frac{1}{3}$ - 50% bei Verlust beider Hoden in jugendlichem Alter mit nachfolgenden Ausfallerscheinungen in der körperlichen Entwicklung (Eunuchoidismus), $33 \frac{1}{3}$ % nach abgeschlossener körperlicher Entwicklung, 20% Verlust nach dem 40. Jahre, 10% Verlust nach dem 60. Jahre. Diese Zahlen gelten nur als niedrigste Sätze für die Bewertung, die mehr als bei anderen Verletzungsfolgen individuell erfolgen muß. SCHEELE ist auch der Ansicht, daß bei schweren Depressionszuständen und schweren seelischen Störungen, die die Berufs- und Arbeitsfähigkeit erheblich vermindern können, eine angesetzte Entschädigung von 20 - $33 \frac{1}{3}$ % nicht ausreichen kann.

BESCHORNER schreibt in seiner versorgungsrechtlichen Bewertung der Kastration, daß mit einem Satz von 50% die versorgungsrechtliche Bewertung ausreichend geschehen sei. Er sieht eine Gefahr wegen des Fehlens eines festen Bezugspunktes bei der Beurteilung der engen psychosomatischen Wechselbeziehungen und glaubt, daß

dadurch psychogenen Reaktionen und neurotischen Entwicklungen Tor und Tür geöffnet sei. "Sofern jenes nicht beabsichtigt ist, besteht unseres Erachtens kaum ein sachlich gerechtfertigter Anlaß für eine höhere Bewertung, wie sie in den neuen Anhaltspunkten für die Gutachtertätigkeit im Versorgungswesen "in besonderen Fällen unter Berücksichtigung der hormonellen Ausfälle und der seelischen Veränderungen" über den Mindestsatz von 50% hinaus bis zu 80% vorgesehen ist"(BESCHORNER).

DOEPFMER und HEINKE sind allerdings der Ansicht, daß sowohl bei einer objektivierbaren I.c. als auch bei einer I.g. für den Betroffenen ein die Gesamtpersönlichkeit beeinflussender Schaden entstanden ist, durch den vielfach erst nach Jahren schwere körperliche und vor allem psychische Alterationen in Erscheinung treten können.

In diesem Zusammenhang ist ein Urteil des Bundessozialgerichts vom 22.4.1959 (Aktenzeichen 11/9RV L 32/57) anzuführen, worin es um die versicherungsrechtliche Begutachtung des Verlusts der Zeugungsfähigkeit ging. Nach dieser Entscheidung hat der Verlust der Zeugungsfähigkeit so schwerwiegende Folgen, daß die Anerkennung einer angemessenen "Erwerbsfähigkeitsminderung" gerechtfertigt ist (DOEPFMER). Der Verlust der Zeugungsfähigkeit könne die Persönlichkeit im Kern beeinträchtigen und zu seelischen Schäden führen, die normalerweise auch die Lebensführung, den Kontakt mit der Umwelt und die Leistungen im Berufsleben beeinflussen.

In der Einschätzung andrologischer Schäden teilt DOEPFMER die verschiedenartigen Störungen der I.c. und I.g. wie folgt ein:

Impotentia generandi ohne endokrine Ausfallserscheinungen, Azoospermie, Aspermatisumus, Kryptospermie	30 - 40%
Beidseitiger Hodenverlust	
1. vor der Pubertät	30 - 80%
2. nach der Pubertät bis zum 40. Lj.	40 - 80%
3. nach dem 40. Lebensjahr	30 - 60%
4. nach dem 60. Lebensjahr	20 - 40%
Einseitiger Hodenverlust	0 - 10%
Beidseitige Hodenatrophie (je nach Abhängigkeit vom Alter)	20 - 80%
Sterilisation wider Willen	30 - 40%
Beidseitiger Nebenhodenverlust	30 - 40%
Einseitiger Nebenhodenverlust	0%
Impotentia generandi und Impotentia coeundi	40 - 50%
Libidoverlust	30 - 40%
Impotentia erigendi	30 - 50%
Störung der Immissio penis	10 - 50%
Ejakulatio praecox	20 - 30%
Verstümmelungen am Genitale	10 - 30%
Penisverlust in Abhängigkeit vom Alter	
Skrotumverlust oder Teilverlust	10 - 40%
Varikozelen nach Dystrophie	0 - 30%
Gynäkomastie	0 - 20%

Diese zusammengestellten Punkte sieht DOEPFMER aber nicht als Richtlinien, sondern als Vorschläge an. Um überhaupt Vergleichsmaßstäbe zu haben, ist es unumgänglich, die verschiedenen andrologischen Schädigungsfolgen in Prozentsen der "Erwerbsfähigkeitsminderung" anzugeben.

STADLBAUER sagt dazu auch, daß der Grad der Versehrtheit nicht nur Ausdruck und Entgelt für eine körperliche Behinderung und eine dadurch bedingte Einschränkung der Arbeit und Berufsfähigkeit sein soll, sondern unabhängig davon die Schwere der Verletzung bzw. des verbleibenden Schadens zum Ausdruck bringen soll.

DOEPFMER tritt dafür ein, daß vor allem bei traumatischen Hodenschäden Nachuntersuchungen in Zeitabständen von 2-3 Jahren in Anbetracht fortschreitender Verschlimmerungen - aber in seltenen Fällen auch Besserungen - dringend notwendig seien.

C.SCHIRREN wendet sich allerdings dagegen, den Verlust der Zeugungsfähigkeit mit einer prozentualen Einschätzung einer Minderung der Erwerbsfähigkeit gleichzusetzen. Man könne nicht diesen Verlust bewerten wie den Verlust eines Beines oder einer Hand. Er schlägt vor, anstelle einer monatlich zu zahlenden Rente dem Betroffenen einen Kuraufenthalt zu gewähren, der regelmäßig alle 2-3 Jahre zu wiederholen sei und an dem die Ehefrau teilnehmen solle.

DOEPFMER möchte adäquate Regelungen den Ehepartnern freistellen. Die Frage ist, inwieweit im Gegensatz zu allen sonstigen Schäden der Ehefrau als Mitleidtragenden im gleichen Maße oder bei einer I.g. in noch stärkerem Maße eine Entschädigung zuzubilligen sei. Die Schädigungsfolgen beziehen sich nicht nur auf das Ausbleiben des Mutterglücks und die eheliche sexuelle Harmonie, sondern auch auf eine eventuelle spätere Fürsorge durch eigene Kinder, die nicht gewährleistet sei.

Nach DOEPFMER wäre sicher eine hohe, einmalige Kapitalabfindung geeignet, dem betroffenen Manne über die Schaffung von einigermaßen relevanten Ersatzwerten und den Ausbau der wirtschaftlichen Existenz Sicherheit und Selbstwertsteigerung zu vermitteln, damit aber auch Ehe und Familie soweit als möglich zu festigen. Die eigentliche psychische Störung (sofern sie auftritt) könne durch materielle Aufwendungen kaum abgegolten werden.

"Die prozentuale Einstufung mittels der "Minderung der Erwerbsfähigkeit" bei Verlust der Zeugungsfähigkeit kann nur ein versicherungsrechtlicher Akt sein, mit dem unsere Fürsorgepflicht sich nicht erschöpfen darf" (C.SCHIRREN) .

II. Eigene Fragestellung

Aus 3 Bundesländern (Bayern, Hessen, Rheinland-Pfalz) sollten die Versorgungsakten von Männern ausgewertet werden, die an posttraumatischem Kastrationssyndrom leiden, das auf wehrdienstliche Verletzungen im zweiten Weltkrieg zurückzuführen ist. In diesen 3 Bundesländern wurden insgesamt 231 Männer gezählt, die eine Hodenverletzung erlitten hatten. Zur Auswertung wurden nur die Fälle genommen, die unter 60 Jahre (bis Jahrgang 1909) waren. Es war sonst zu erwarten, daß Alterserscheinungen diejenigen des Kastrationssyndroms überlagern würden. 47 Fälle schieden wegen dieser Altersgrenze aus. 9 Männer waren verstorben (nicht Verletzungsfolge) und 31 Akten wurden von den Versorgungsämtern nicht geschickt, da sich diese Akten meist gerade in Bearbeitung befanden. 144 Versorgungsakten kamen schließlich zur Auswertung.

2 Schwerpunkte wurden vor Durchsicht der Akten aufgestellt:

- a) die psychosexuelle und psychosoziale Situation beim Kastrationssyndrom und
- b) die körperlichen Ausfallerscheinungen
(siehe Arbeit von BUNNEMANN).

Diese Schwerpunkte sollten sich auf die Anamnese vor der Verwundung, auf die Kriegsverletzung selbst und auf die spätere Anamnese nach der Verwundung beziehen. Die spätere Anamnese wurde noch in Hauptbegutachtung (Erstbegutachtung) und in Begutachtung im weiteren Verlauf unterteilt. Unter diesen Punkten wurde auch die bisherige Begutachtung (Mde) und Therapie miteinbezogen.

Zu erwähnen ist noch, daß die Hodenverletzungen zur Zeit der Erhebung 25 und mehr Jahre zurücklagen.

Die eigene Fragestellung, die sich vor der Auswertung der Akten ergab, bezog sich nun, speziell unter der psychosexuellen und psychosozialen Situation, auf folgende Punkte:

- 1) Sexuelle Veränderungen und Ausfälle
- 2) Psychische Veränderungen
- 3) Verletzungsfolge in Bezug auf die Berufstätigkeit, Familie und Umgebung
- 4) Begutachtung (MdE) unmittelbar nach der Verletzung
- 5) Begutachtung im weiteren Verlauf
- 6) Einschätzung der MdE bei psychischen und sexuellen Veränderungen und Ausfällen
- 7) Anamneseerhebung vor der Verwundung speziell auf Sexualität bezogen
- 8) Therapie
- 9) Qualität und Quantität der Gutachten

Außerdem erhob sich die Frage, inwieweit sich die Untersuchungen und die sich daraus ergebenden Folgen (z.B. auf Beurteilung der MdE, Therapie u.s.w.) von den Untersuchungen LANGES und anderer Autoren unterschieden oder damit übereinstimmten. LANGE bearbeitete 310 Akten von Hodenverletzungen aus dem I. Weltkrieg, bei denen die Verletzungen 15 und mehr Jahre zurücklag.

III. Das sogenannte endokrine Psychosyndrom

Unter der Bezeichnung "endokrines Psychosyndrom" sollen nach BLEULER die psychopathologischen Begleiterscheinungen bei endokrinen Erkrankungen zusammengefaßt werden (soweit sie nicht sekundär durch eine allgemeine schwere Stoffwechselkrise oder eine diffuse chronische cerebrale Schädigung im Gefolge der endokrinen Störungen zu erklären sind).

BLEULER stellt zwei Voraussetzungen auf, die erfüllt sein müssen, um den Begriff "endokrines Psychosyndrom" zu gebrauchen:

- 1) daß es sich bei den psychischen Störungen, die er zusammenfassen soll, nicht um eine unübersehbare Vielfalt der allerverschiedensten Symptome und Bilder handelt, sondern daß sich diese Störungen in einen großen Rahmen (eben den des endokrinen Psychosyndroms) einfügen und gesamthaft beschreiben lassen,
- 2) daß sie nicht bloß Zufallskombinationen mit endokrinen Krankheiten sind, sondern pathogenetisch irgendeinen Zusammenhang mit der endokrinen Krankheit haben.

Am leichtesten lassen sich bei sorgfältigen psychiatrischen Untersuchungen Störungen einzelner Triebe wie Hunger, Durst, Schlafbedürfnis, Sexualität u.s.w. erfassen. Diese elementaren Triebe können dauerhaft gestört sein oder nur periodisch, sie können gesteigert oder herabgesetzt sein bis zur völligen Auslöschung.

Eine Aufzählung all dieser gestörten Triebe soll hier nicht erfolgen, da man bei genauen psychiatrischen und auch tiefenpsychologischen Untersuchungen viele weitere elementare Triebe finden würde, die bei endokrinen Kranken gestört sein können.

"Ebenso scheinen bei endokrinen Krankheiten häufig höher differenzierte, mehr menschliche als rein biologische Interessen und Zuwendungen verändert zu sein. Diese sind aber wesentlich schwieriger zu erkennen, da sich solche Interessen und Zuwendungen

auch ohne endokrinen Erkrankungen im Verlauf des Lebens weitgehend verändern können, als die einfachen elementaren Triebe wie Hunger oder Durst" (BLEULER).

Nicht nur die Einzeltriebe allein können verändert sein, sondern häufig sind es mehrere Triebe gemeinsam. So wird man oft von einer Verminderung oder Steigerung der gesamten Antriebshaftigkeit sprechen.

Weiter wird bei den endokrinen Kranken die Stimmung verändert sein, wobei jede Art einer Stimmungsverschiebung vorkommen kann. Dysphorische Verstimmungen in allen Tönungen sind viel häufiger anzutreffen als rein euphorische oder depressive, wie z.B. erschöpfbare Reizbarkeit oder matte Ängstlichkeit. Solche Verstimmungen können die endokrinen Kranken oft jahrelang beherrschen.

Bei dem endokrinen Psychosyndrom treten intellektuelle Veränderungen gegenüber den trieb- und stimmungsmäßigen Veränderungen völlig zurück. Wenn sie vorhanden sind, so erscheinen sie als ein Teil dieser Triebhaftigkeits- oder der Stimmungsverschiebung. Am meisten sind Verlangsamungen oder Beschleunigungen der psychischen Aktivität anzutreffen, wie z.B. Beschleunigung der intellektuellen Vorgänge mit hastigem, sprunghaftem, vielseitigem, uneinheitlichem Denken, Sprechen und Handeln.

Bei endokrinen Kranken ist, nach BLEULER, das Denken und Urteilen meist schleppend, weitschweifig und entbehrt des natürlichen Schwunges bzw. der Pointe. Es kann auch egozentrisch und überstark gesteuert sein, wobei es Kritik- und Urteilsschwäche zur Folge hat.

Wie anfangs schon erwähnt, kann der zeitliche Ablauf dieser Störungen der Triebe, Stimmungen und des Antriebs unberechenbar sein. Die Störungen können periodisch oder dauerhaft auftreten. "Besonders charakteristisch ist das plötzliche, unerklärliche Gepacktwerden von einem Trieb, einer Veränderung der Antriebshaftigkeit oder einer Stimmung; die Störungen dauern dann unberechenbar lange, um hierauf plötzlich wieder zu verschwinden" (BLEULER).

Das subjektive Erleben all dieser Störungen ist sehr verschieden. Manche Kranke geben diese Veränderungen in ihrem Triebleben als eigenes Wollen und Wünschen an, wenn es auch für den objektiven Beobachter als Gegensatz zum früheren Verhalten angesehen wird. Andere können ihre Verstimmungen als begründbare Reaktion auf die entstandene Lage empfinden. Einige wiederum erklären, daß sie diese Triebstörungen und krankhaften Stimmungen als etwas Fremdes in sich empfinden, gewissermaßen als einen unheimlichen Zwang.

Das Gesamtbild der Persönlichkeit bei einem endokrinen Kranken ist meist nicht so schwer verändert, daß der Laie veranlaßt wäre, an eine eigentliche Geisteskrankheit zu denken. "Die Kranken werden zu Sonderlingen, nicht zu Verrückten" (BLEULER).

Unzeitige Kindlichkeit oder Vergreisung sind die Eigenarten des endokrinen Psychosyndroms. Bei vielen endokrinen Kranken fehlt oder erlischt sogar die Sexualität, was in enger Beziehung zum Kindes- oder Greisenalter steht; auf der anderen Seite kann aber auch sexuelle Triebhaftigkeit im hohen Alter leicht den Eindruck der Jugendlichkeit erwecken. Was hier über die persönlichen Eigenschaften der endokrinen Kranken in psychischer Hinsicht ausgesagt wird, entspricht ebenfalls der Charakterisierung der Eigenschaften in körperlicher Hinsicht. Auch körperlich bleiben endokrine Kranke oft übertrieben lang jugendlich oder vergreisen früh.

Exakte Angaben über die Häufigkeit von Störungen im Rahmen des endokrinen Syndroms lassen sich nicht machen. Es gibt sicher endokrine Kranke ohne erkennbare psychische Veränderungen. BLEULER hat eine große Anzahl von Fällen untersucht und festgestellt, daß die Mehrzahl der endokrinen Kranken psychische Eigenheiten oder Störungen im Sinne des endokrinen Psychosyndroms aufweisen. Bei endokrinen Kranken treten außerordentlich häufig Psychosen auf, zumindest können leicht Persönlichkeitsveränderungen festgestellt werden.

Zwischen körperlich-endokrinem Kranksein und den Merkmalen des endokrinen Psychosyndroms besteht eine zeitliche Korrelation

Bei manchen endokrinen Krankheiten, wie z.B. bei Morbus Cushing, Akromegalie u.s.w., beobachtet man mit Beginn der Krankheit einen scharfen Knick in der persönlichen Entwicklung. Einen genauen Zeitpunkt darf man nicht erwarten. Es gibt Fälle, wo körperliche Erscheinungen jahrelang dauerten, bis sich psychische Veränderungen bemerkbar machten. Allerdings kann eine Umkehrung auch vorkommen, wo sich eine Persönlichkeitsveränderung mit allen subjektiven und sozialen Folgen lange vor der manifesten endokrinen Krankheit eingestellt hat, mit der sie rückblickend in Zusammenhang zu stehen scheint. Erwähnenswert ist ebenfalls, daß sich bei einer erfolgreichen somatischen Behandlung bei einem endokrinen Kranken Störungen im Rahmen des endokrinen Psychosyndroms nicht immer bessern müssen.

Ebenso gibt es eine Beziehung in der Schwere der psychisch-endokrinen und der somatisch-endokrinen Veränderungen: je länger und heftiger die körperlichen Störungen andauern, desto regelmäßiger und hochgradiger treten die psychischen Störungen auf.

"Im endokrinen Psychosyndrom äußert sich auch die Auseinandersetzung der Persönlichkeit mit ihrer Krankheit, ihrer ganzen Lebenssituation: die endokrine Erkrankung macht die Stimmung, die Antriebshaftigkeit, die Einzeltriebe labiler und setzt bereits Dispositionen zu Ausschlägen in der einen oder anderen Richtung; welche Ausschläge aber erfolgen und wie stark sie erfolgen, wird dadurch mitbestimmt, wie der Kranke sein Erleben zu verarbeiten bereit ist, wie er sich mit ihm abfinden oder es bekämpfen will. Persönliches Schicksal ist für die Krankheitsgestaltung wichtig" (BLEULER).

Auch die Kastration mit all ihren körperlichen und psychischen Ausfällen und Störungen gehört in den Bereich des endokrinen Psychosyndroms. So wurden von einigen Autoren wie SCHULTZ, WOLF, FISCHER, OBERHOLZER, ASCHNER und vor allem von LANGE vor dem zweiten Weltkrieg psychische Veränderungen bei Kastraten beschrieben. LANGE, der Akten von hodenverstümmeltem Soldaten aus dem ersten Weltkrieg durcharbeitete, fand, daß viele Entmannte Verstimmungen ausgesetzt sind. Teilweise sind es seelische Reaktionen auf die

Verletzung oder aber auch Erlebnisse, die eng damit zusammenhängen, wie etwa Untreue der Frau, berufliches Versagen oder körperliche Beschwerden spezifischer Art. Eine gewisse Gemütslabilität, die sich durch eigenartige Weichlichkeit und Neigung zu haltlosen Tränenausbrüchen, sowie Stimmungsschwankungen auszeichnet, mache sich vor allem um das 40. Lebensjahr bemerkbar. Bei manchen Kastraten findet eine Verschiebung der habituellen Stimmungslage nach der depressiven Seite hin statt; andere werden chronisch verstimmt und mühselig oder es treten kurzdauernde dysphorische Zustände auf. Sogar einige Selbstmorde sind vorgekommen, insgesamt jedoch sehr selten. LANGE weist aber darauf hin, daß all diese Beobachtungen recht selten sind (28% der Untersuchten gaben Verstimmungen der verschiedensten Art an). Es komme ganz vorwiegend darauf an, wie einer geboren sei und was sich aus seinen Anlagen in der entscheidenden Entwicklungszeit geformt hat, nicht aber auf den einmaligen Verlust, so tief er auch hineingreifen mag in den Bestand des Organismus und in vermeintliche Triebkräfte. Der gleichen Ansicht ist auch BLEULER. Er schreibt, daß schwere Verstimmungszustände, besonders Depressionen überaus unregelmäßig auftreten. In der Literatur seien viele Fälle beschrieben, die durch Brüten über den Verlust der Männlichkeit, Minderwertigkeitsgefühle, Beeinträchtigungswahn und eigentliche Depressionen lang dauernd schwer geplagt waren, ja sogar solche, die ihrem Leben durch Suicid ein Ende machten. Derartige Reaktionen seien aber Ausnahmen. Sie scheinen weitgehend von der präoperativen Persönlichkeit und von sozialen Folgen der Kastration abzuhängen. Die Erfahrungen zeigen, daß man sich namentlich auch die psychischen Reaktionen auf die "Entmannung" leicht übertrieben vorstellt; sie bleiben oft unter der Schwelle der Feststellbarkeit oder sind sogar günstig, z.B. bei Sexualperversen. Selbst glückliche Ehen von Kastraten mit verminderter Sexualität, die vor und nach der Kastration eingegangen wurden, sind häufig.

SCHULTZ schreibt, daß die Zeugungsfähigkeit als "Bezeugung" (auch Testis = Hode und Zeuge) der Männlichkeit zu den echten, unmittelbaren oder sekundären und etwa kompensatorischen Existentialwerten einer Persönlichkeit gehöre, daß ihre Zerstörung eine

schwere seelische Belastung bedeute, in ungünstigen Fällen eine "Kränkung". Der Betroffene werde "krank", er bekomme eine "Neurose".

Überhaupt sind psychische Folgen bei Kastration vor 1934 schwer zu beurteilen gewesen, wie LANGE LÜDDEKE berichtet. Kaum hat einmal der psychische Zustand eines Patienten vor der Kastration geprüft werden können, zum anderen können auch andere Faktoren den seelischen Zustand nach der Kastration beeinflussen.

Auch nach einer Untersuchung von NOWAKOWSKI an Kastraten und subtotalen Kastraten waren fast alle psychisch auffällig, aber nicht psychotisch. Die psychischen Störungen betrafen Intelligenz, Affektivität, affekte Beziehungen, Antrieb im allgemeinen Sinne und verschiedene Einzelantriebe, besonders die Sexualität. Die Störungen der Sexualität werden naturgemäß von den Patienten am stärksten empfunden, die vor Eintritt der Hodenschädigung sexuell besonders aktiv waren bzw. schon sexuelle Bindungen hatten.

MANTHEY fand bei Nachuntersuchungen bei Männern mit Keimdrüseninsuffizienz in der Mehrzahl (67%) außer Störungen der Potenz und Libido, Aktivitätsminderung, Stimmungs labilität, Konzentrationsstörungen und allgemeine Reduzierung sogenannter männlicher Verhaltensweisen.

IV. Aktenkundige eigene Erhebungen

Bei der aktenskundigen Auswertung wurden die Schwerpunkte wie Sexual- und Sozialanamnese vor und nach der Verwundung sowie die Kriegsverletzung weiter unterteilt. Die einzelnen Unterteilungspunkte richteten sich hauptsächlich nach der Genauigkeit der Untersuchungen und Begutachtungen. Es zeigte sich schon bei der ersten Durchsicht der Akten, daß einzelne Punkte gar nicht oder fast kaum beantwortet worden waren. Die Hodenverletzten wurden in Vollkastraten und subtotal Kastrierte (Hodengewebe teilweise vorhanden) unterteilt. LANGE stellte bei seiner Arbeit noch eine dritte Gruppe, die der tuberkulösen Vollkastraten (Anzahl 63 = 20,3%) auf, da er bei ihnen mit Sicherheit jegliches Hodengewebe ausschloß. In dieser Untersuchung war die Anzahl der Tuberkulösen geringer (22 = 15,3%). Zudem fanden sich bei ihnen die Hälfte als subtotal Kastrierte.

Unter den 144 Hodenverletzten waren 74 Vollkastrate (= 51,4%) und 70 subtotal Kastrierte (= 48,6%); bei den Vollkastraten befanden sich noch 2 Fälle mit totalem Penisabriß.

(In der nachfolgenden Tabelle und im weiteren Verlauf der Arbeit werden die Vollkastrierten unter VK und die subtotal Kastrierten unter SK geführt.)

Jetziges Alter der Hodenverletzten (bezogen auf 1969):

Jahre:	< 45	45-50	51-55	56-60	Gesamtzahl
VK	6	24	22	22	74
SK	13	24	22	11	70
	19	48	44	33	144

Folgendes Bild ergab eine Aufteilung, in der nach dem Alter, in dem die Hodenverletzung erfolgte, gefragt wurde:

Jahre:	<20	20-25	26-30	31-35	>36	Gesamtzahl
VK	8	31	17	16	2	74
SK	15	30	18	7	-	70
	23	61	35	23	2	144

Als Verletzungsgründe wurden angegeben:

113 Geschoß- und Splitterverletzungen
 22 Tuberkulose
 2 Flugzeugabstürze mit Hodenquetschung
 2 Tritte während der Gefangenschaft
 1 Verbrennung dritten Grades
 1 schwere Dystrophie (Hodenatrophie)
 1 Quetschung durch Zugseil
 1 durch Gewehrkolben bei Übungen
 1 beim Baumfällen
 144

Die Sexualanamnese vor Verwundung ergab folgende Aufteilung,
 bei der nach Pubertät (normal; verspätet); Vita sexualis
 (nein; normal); Alter bei Heirat; Jahre der Verheiratung bis
 Verwundung und Kinderzahl vor der Verwundung gefragt wurde.

Pubertät: 138 mal wurde nicht danach gefragt.
 Bei 5 Fällen verlief sie normal.
 In 1 Fall wurde einseitiger Kryptor-
 chismus festgestellt

Vita sexualis: 125 mal nicht erwähnt. 18 mal normal.
 In 1 Fall wurden nicht näher beschriebene
 Störungen festgestellt.

Alter bei Heirat: (vor und nach Verwundung)

<20	20-25	26-30	31-35	>36	unverheiratet	nicht näher erwähnt
-	39	46	16	7	22	14

55 Fälle hatten vor der Verwundung geheiratet, 67 (=54,9%) danach.
Unter den 67 befanden sich 28 Vollkastraten und 39 Subtotale.

Bei der Frage, wieviel Jahre nach der Hodenverletzung geheiratet wurde, ergab sich folgendes Bild:

1	-2	-3	-4	-5	-6	-7	-8	-9 u.weiter	Gesamtzahl
10	8	7	10	6	7	8	4	7	67

22 Hodenverletzte (13 Vollkastrate, 9 Subtotale) blieben unverheiratet.

Kinderzahl (eigene, vor der Verwundung) :

	0	1	2	3	nicht erwähnt
VK	45	16	9	2	2
SK	53	8	2	1	5
	98	24	11	3	7

Die Sozialanamnese vor Verwundung wurde in folgende Punkte aufgeteilt:

Volksschule: nicht erwähnt 74; erwähnt normal 70.

Weiterführende Schule: nicht erwähnt 91; erwähnt, aber keine 22;
Berufsschule 16; Real-, Mittel-, Aufbauschule 9;
Oberschule mit Abitur 5; Oberschule ohne Abitur
(eigenes Verschulden) 1.

Studium: nicht erwähnt 68; erwähnt keines 69; abgeschlossen 4; nicht abgeschlossen (wegen Krieg) 3.

Lehre: nicht erwähnt 64; erwähnt, aber keine 14; ja, aber keine genauen Angaben 27; abgeschlossene Lehre als Geselle 24; nicht abgeschlossene Lehre (wegen Krieg) 6; nicht abgeschlossene Lehre (eigenes Verschulden) 3; abgeschlossene Lehre als Meister 1; keine Meisterprüfung (Krieg) 4.

Berufswechsel vor der Verwundung: nein 130; ja 14.

Anamnese nach der Verwundung

Gefangenschaft: ja 93; nein 37; nicht erwähnt 14

Von den 93, die sich in Gefangenschaft befanden, waren 20 in russischer, 35 in amerikanischer, 18 in französischer oder englischer, 2 in tschechischer Gefangenschaft; bei 18 wurden diesbezüglich keine Angaben gemacht.

Die Gefangenschaft bestand bei 35 bis 6 Monate, bei 18 bis 12, bei 5 bis 18, bei 4 bis 24, bei 2 bis 30 und bei 8 bis 36 Monate.

Weiter wurde noch nach dem Entlassungsjahr aus der Gefangenschaft und nach der Dauer des Wehrdienstes vor der Verwundung gefragt, was aber für die Begutachtung der Akten nicht wesentlich ist und keine Aufschlüsse bringt.

Die Sozialanamnese nach Verwundung wurde wie folgt aufgeschlüsselt:

Dauer der Arbeitsunfähigkeit: nicht erwähnt 93; erwähnt, aber keine 16; zeitweise 22; kürzer als 1 Jahr 2; 1-2 Jahre 2; 2-3 Jahre 0; 3 und mehr Jahre 6; nicht mehr arbeitsfähig 3. Bei letztgenannten 3 Fällen handelt es sich um Tbc-Erkrankte (Hodentbc), die auf Grund dieser Tatsache dann invalidisiert wurden.

Wieder im alten Beruf:

	nein	ja	nicht erwähnt
VK	46	27	-
SK	41	28	1

1 Vollkastrat war arbeitslos, da er laufend straffällig wurde und nur beschäftigt war, seine Strafen abzusitzen.

Berufswechsel:

	nein	ja	mehrere	nicht erwähnt	Gesamtzahl
VK	27	44	2	1	74
SK	28	36	4	2	70
	55	80	6	3	144

Wertung des jetzigen Berufs:

	VK	SK	Gesamtzahl
alter Beruf (normale Entwicklung)	11	18	29
alter Beruf (stehengeblieb. ")	14	5	19
Umschulung (gleichwertig)	19	20	39
sozialer Aufstieg	5	7	12
sozialer Abstieg	18	10	28
invalidisiert	4	5	9
nicht erwähnt	2	5	7
ohne Beruf	1	-	1
	74	70	144

Die weitere Beurteilung der Akten erfolgte nun in Hauptbegutachtung nach Verwundung (meist Erstbegutachtung) und in Begutachtungen im weiteren Verlauf (diese wurden zusammengefaßt). Diese Begutachtungen erfaßten die Sexual- und psychische Anamnese.

Bei der Sexualanamnese (Erstbegutachtung) standen folgende Punkte im Vordergrund:

Libido:

	VK	SK	Gesamtzahl
nicht erwähnt	40	34	74
erwähnt, normal	2	8	10
sofort abgeschwächt	6	14	20
später allmählich nachlassend	4	5	9
gestört	1	-	1
keine	21	9	30
	74	70	144

Erektion:

	VK	SK	Gesamtzahl
nicht erwähnt	55	40	95
erwähnt, keine	10	7	17
ja, normal	1	7	8
sofort abgeschwächt	3	11	14
später allmählich nachlassend	5	5	10
	74	70	144

Ejakulation:

	VK	SK	Gesamtzahl
nicht erwähnt	67	49	116
erwähnt, keine	4	9	13
ja, normal	-	7	7
vorzeitig	-	1	1
geringe	2	4	6
nicht differenziert	1	-	1
	74	70	144

Geschlechtsverkehr Frequenz:

	VK	SK	Gesamtzahl
nicht erwähnt	56	39	95
erwähnt, keine	12	12	24
ja, keine genaue Angabe	1	9	10
gelegentlich	4	8	12
kaum	1	2	3
	74	70	144

Beschwerden bei G.V. wurde 3 mal bejaht, 2 mal verneint.

Anorgasmus:

	VK	SK	Gesamtzahl
nein	1	15	16
ja	3	4	7
nicht erwähnt	70	51	121
	74	70	144

Pollutionen: wurde bei 8 Fällen verneint, bei 2 gelegentlich (SK).

Ipsationen: wurde 7 mal verneint.

<u>Potentia coeundi:</u>	VK	SK	Gesamtzahl
nicht erwähnt	42	33	75
ja, keine genaue Angabe	-	3	3
gelegentlich	8	18	26
häufig	-	4	4
nein	24	12	36
	74	70	144

<u>Scheidung:</u>	VK	SK	Gesamtzahl
nein	47	50	97
ja, wegen Verletzung	4	4	8
aus anderen Gründen	1	2	3
ja, keine nähere Angabe	2	3	5
nicht erwähnt	7	2	9
unverheiratet 22	61	61	122

Von denen, die aus Verletzungsgründen geschieden wurden, heirateten 4 wieder, davon 1 SK und 3 VK. 1 VK heiratete sogar ein drittes Mal.

<u>Glückliche Ehe:</u>	VK	SK	Gesamtzahl
nicht erwähnt	47	42	89
nein, wegen Verletzung	8	9	17
nein, aus anderen Gründen	-	1	1
ja	1	2	3
keine genaue Angabe	5	7	12
	61	61	122

Adoptivkinder: Von 5 VK und 6 SK wurde je 1 Kind nach der Verletzung adoptiert. Bei 1 SK und bei 2 VK wurde 1 bzw. 2 Kinder von Bekannten der Ehefrau gezeugt, teilweise mit Duldung des Ehemannes.

Die Hauptbegutachtungen erfolgten in folgenden Jahren:

43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55 u.später	keine
1	2	5	21	15	15	15	10	13	18	13	5	7	4

3 Erstbegutachtungen wurden sogar in den Jahren 59, 60, 61 angefertigt. In 4 Fällen lagen keine Begutachtungen vor, d.h. daß sich in den Versorgungsakten keine ärztlichen Gutachten befanden. Aus diesem Grunde konnten keine Werte entnommen werden.

Wann erfolgte nach der Verletzung die erste Hauptbegutachtung?:

nach	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 u.mehr Jahren	keine
	16	16	9	17	12	12	17	11	8	22	4

In der weiteren Erstbegutachtung wurde nun auf die psychischen Veränderungen eingegangen:

<u>Reizbarkeit, Nervosität:</u>	<u>VK</u>	<u>SK</u>	<u>Gesamtzahl</u>
nicht erwähnt	59	66	125
ja	14	3	17
keine	1	1	2
	74	70	144
<u>Minderwertigkeitsgefühl:</u>	<u>VK</u>	<u>SK</u>	<u>Gesamtzahl</u>
nicht erwähnt	68	66	134
ja	5	3	8
kein	1	1	2
	74	70	144

<u>Stimmungsschwankungen:</u>	VK	SK	Gesamtzahl
nicht erwähnt	65	65	130
ja	9	5	14
keine	-	-	-
	74	70	144

<u>Antrieb:</u>	VK	SK	Gesamtzahl
nicht erwähnt	66	69	135
verlangsamt	5	1	6
stumpf, antriebslos	3	-	3
	74	70	144

<u>Konzentration:</u>	VK	SK	Gesamtzahl
nicht erwähnt	69	67	136
schlecht	5	3	8
	74	70	144

<u>Depressiv:</u>	VK	SK	Gesamtzahl
nicht erwähnt	58	63	121
ja	15	6	21
nein	1	1	2
	74	70	144

<u>Psychasthenie (weich, selbstbemitleidend):</u>	VK	SK	Gesamtzahl
nicht erwähnt	62	64	126
ja	6	3	9
nein	6	3	9
	74	70	144

In den Begutachtungen des weiteren Verlaufs wurden alle Gutachten zusammengefaßt, die, falls erfolgt, nach der Erstbegutachtung gemacht wurden. Dabei wurden die gleichen Kriterien wie bei der

Hauptbegutachtung genommen; sie wurden nur etwas differenzierter aufgeschlüsselt, um gewisse Abläufe und Veränderungen zusammenzufassen.

Anzahl der Gutachten im weiteren Verlauf:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 u.mehr	"weitere nicht notwendig"
39	20	23	15	14	9	4	6	4	2	5	3

In 4 Fällen waren sogar je 14 bzw. 15 Gutachten vorhanden. Zu dieser Anzahl ist zu sagen, daß es sich meist um Tuberkulöse handelte, die laufend unter Kontrolle standen.

In 39 Fällen erfolgte außer einer einzigen Begutachtung nichts weiter.

Sexualanamnese im weiteren Verlauf:

Libido:

	VK	SK	Gesamtzahl
nicht erwähnt	48	39	87
erwähnt, keine	15	9	24
weiterhin normal	1	3	4
allmählich nachlassend	1	4	5
schnell nachlassend	-	4	4
nachlassend, später aufgehoben	3	7	10
Abschwächung, aber therapeut. Besserung	-	3	3
schwache	5	1	6
keine, trotz Therapie	1	-	1
	74	70	144

Erektion:

	VK	SK	Gesamtzahl
nicht erwähnt	64	43	107
erwähnt, keine	4	11	15
normal	1	6	7
selten	1	3	4
schwach	1	-	1
allmählich nachlassend	-	4	4
nachlassend, später aufgehoben	2	2	4
nur nach Hormongaben	1	1	2
	74	70	144

Ejakulation:

	VK	SK	Gesamtzahl
nicht erwähnt	69	50	119
erwähnt, keine	1	12	13
normal	-	4	4
selten	-	2	2
nachlassend, später aufgehoben	2	-	2
Besserung durch Therapie	1	2	3
nur nach Hormongaben	1	-	1
	74	70	144

Geschlechtsverkehr Frequenz:

	VK	SK	Gesamtzahl
nicht erwähnt	61	49	110
erwähnt, normal	-	1	1
nein	9	11	20
selten	2	1	3
allmählich nachlassend	2	5	7
gelegentlich	-	3	3
	74	70	144

Beschwerden beim G.V. gaben 5 (VK=1, SK=4) mit ja und 6 (VK=1, SK=5) mit nein an.

Anorgasmus:

	VK	SK	Gesamtzahl
nicht erwähnt	71	57	128
nein	1	10	11
ja	1	2	3
Besserung durch Therapie	1	1	2
	74	70	144

Bei der Frage nach Pollutionen wurde 1 mal nein, 1 mal gelegentlich und 1 mal vermehrt durch Therapie angegeben (alle SK).

Ipsationen verneinten 2, 1 gab häufige an (alle SK).

Potentia coeundi:

	VK	SK	Gesamtzahl
nicht erwähnt	40	33	73
kaum	3	5	8
gelegentlich	4	9	13
häufig	-	3	3
ständig	1	1	2
nein	25	17	42
nur nach Hormongaben	1	2	3
	74	70	144

Scheidungen (nach Hauptbegutachtung):

	VK	SK	Gesamtzahl
nein	53	49	102
ja, wegen Verletzung	1	1	2
aus anderen Gründen	-	1	1
nicht erwähnt	7	10	17
	61	61	122

1 aus Verletzungsgründen geschiedener (SK) heiratete wieder.

Glückliche Ehe:

	VK	SK	Gesamtzahl
nicht erwähnt	51	46	97
ja	1	2	3
nein wegen Verletzung	9	13	22
aus anderen Gründen	-	-	-
	61	61	122

Psychische Anamnese im weiteren Verlauf

Reizbarkeit, Nervosität

	VK	SK	Gesamtzahl
nicht erwähnt	52	50	102
ja, gleichbleibend	1	5	6
nein	-	1	1
stark verschlechtert	3	1	4
gebessert durch Therapie	-	1	1
ja, keine genaue Angabe	18	12	30
	74	70	144

Minderwertigkeitsgefühl:

	VK	SK	Gesamtzahl
nicht erwähnt	61	50	111
gleichbleibend	6	10	16
nein	1	-	1
verschlechtert	1	-	1
gebessert durch Therapie	-	1	1
ja, keine genaue Angabe	5	9	14
	74	70	144

Stimmungsschwankungen:

	VK	SK	Gesamtzahl
nicht erwähnt	61	58	119
ja	10	8	18
nein	3	2	5
gebessert durch Therapie	-	1	1
ja, trotz Therapie	-	1	1
	74	70	144

Antrieb:

	VK	SK	Gesamtzahl
nicht erwähnt	57	53	110
gleichgeblieben vorhanden	-	1	1
abgeschwächt	12	11	23
im Verlauf nachlassend	3	4	7
Besserung durch Therapie	1	1	2
keine Besserung, trotz Therapie	1	-	1
	74	70	144

Konzentration:

	VK	SK	Gesamtzahl
nicht erwähnt	58	58	116
gleichgeblieben vorhanden	2	-	2
abgeschwächt	8	6	14
im Verlauf nachlassend	5	3	8
sehr schlecht	-	2	2
Besserung durch Therapie	1	1	2
	74	70	144

Depressiv:

	VK	SK	Gesamtzahl
nicht erwähnt	42	45	87
ja, aber keine genaue Ang.	26	20	46
im Verlauf schlechter	-	2	2
nein	4	1	5
gebessert durch Therapie	1	1	2
ja, trotz Therapie	1	1	2
	74	70	144

Psychasthenie:

	VK	SK	Gesamtzahl
nicht erwähnt	48	50	98
ja, gleichbleibend	10	11	21
nein	13	7	20
im Verlauf schlechter	1	1	2
gebessert durch Therapie	1	-	1
ja, trotz Therapie	1	1	2
	74	70	144

Um alle psychischen Punkte zusammenzufassen und den Verlauf zu verdeutlichen, wurde eine weitere Tabelle aufgestellt. Dabei sollte auch geklärt werden, ob sich die Beschwerden im Laufe der Jahre mit und ohne Therapie gebessert oder verschlechtert haben.

Psychische Schäden:

	VK	SK	Gesamtzahl
nicht erwähnt	41	44	85
keine	9	5	14
im Verlauf zunehmend	18	14	32
durch Therapie gebessert	1	3	4
gleichbleibend	4	3	7
keine Besserung, trotz Therapie	1	1	2
	74	70	144

Als weiterer Punkt wurde nach Suicidversuchen bzw. Suicidgedanken gefragt, die unmittelbar mit der Verletzung und deren Folgen zusammenhingen.

3 VK hatten je 1 Suicidversuch, 1 sogar mehr als 3 mal.

Suicidgedanken hatten 2 VK und 3 SK.

Bei 1 SK gab die Ehefrau an, daß ihr Mann gelegentlich Wahnvorstellungen habe. In der Untersuchung konnte allerdings festgestellt werden, daß der Mann seit Jahren einen zunehmenden Alkoholkonsum habe. Phasische Polydipsie und einen gewissen Grad von Debilität wurden ihm bescheinigt. Die Wahnvorstellungen wurden schließlich mehr in Richtung Eifersuchtsszenen gedeutet.

1 SK wurde wegen Unzucht mit Kindern unter 14 Jahren mit Gefängnis bestraft. Weitere Angaben erfolgten in den Akten nicht.

In der versorgungsärztlichen Begutachtung wurde die Berechnung der MdE aufgeteilt in:

- a) Höhe der MdE insgesamt,
- b) Höhe der MdE in Bezug auf die gesamte Hodenverletzung,
- c) Höhe der MdE in Bezug auf psychische Kastrationsfolgen.

a)	MdE in %	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
	VK					23	14	17	7	2	11
	SK	1	1	3	5	21	19	12	2	5	1

b)	MdE in %	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	nicht erkennbar
	VK			1	2	42	5	3	1			20
	SK		2	5	5	27	1	1	1			28

- c) Die Höhe der MdE in Bezug auf psychische Kastrationsfolgen ließ sich nur bei 5 Fällen eindeutig aus den Akten erkennen: 2 SK erhielten wegen Depressionen bzw. Störungen der Persönlichkeit je 30% MdE. 2 VK erhielten wegen seelischen Begleiterscheinungen und Störungen 30% bzw. 10% MdE.

Bei 1 VK war die MdE nicht ganz aufzuschlüsseln: er bekam wegen Verlust beider Hoden mit Feminisierungserscheinungen (darunter wohl auch psychische Störungen) insgesamt 80% MdE.

V. Nachuntersuchungen an Patienten

Zu den folgenden eigenen Nachuntersuchungen an zwei Patienten aus dem vorliegenden Aktengut (2 weitere Untersuchungen in der Arbeit von BUNNEMANN) wurde der Untersuchungsbogen von BUNNEMANN herangezogen.

Anmerkung zum Untersuchungsbogen betreffs Berufsschlüssel:

Folgende Zahlen bedeuten: 2559 Maschinenarbeiter
2111 Hauer (Bergmann)
3919 Hilfsarbeiter
0000 Invalide

(Berufsschlüssel des Statistischen Bundesamtes
Wiesbaden, Ausgabe 1961)

1. Patient A.Z.

Kartenart	
Versorgungsamt	34
Grundlistennummer	0138724
Geburtsdatum	171219
Geschlecht (1=männlich)	1
Namensschlüssel	98
Mehrling (0=nein, 1=ja)	0
Wieviertes Kind	02
Zahl der übrigen Geschwister	04
Fam. Belastung (0=nein, 1=Nerven-u.Geisteskrankheiten, 2=Endokrinopathie, 3=Mißbildungen und Dysplasie, 9=f.A.)	0
Familienstand (1=ledig, 2=verh., 3=verwit., 4=gesch., 5=getrennt lebend, 9=f.A.)	2
Beruf	2559

Eigene Anamnese vor Verwundung

Mumps (0=nein, 1=präpuberal, 2=intra-, 3=postpuberal, 4=1+Orchitis, 5=2+Orchitis, 6=3+Orchitis, 9=f.A.)	1
Schwere Infektionskrankheiten (0=nein, 1=Malaria, 2=Typhus, Ruhr et alt.abdominelle Infekte, 3=Tbc, 4=1+2, 5=1+3, 8=Sonstiges, 9=f.A.)	0
Rezidivierende Infekte (Tonsillitis, Sinusitis, Pyelonephritis)	0
Lebererkrankung	0
Diabetes mellitus (0=nein, 1=juveniler D., 2=Alters.D., 9= f.A.)	0
Cerebral-spinale Veränderung	0
Genitaltrauma (0=nein, 1=präpuberal, 2=postpuberal)	0
Orchitis (außer Mumps) (0=nein, 1=präpuberal einseitig, 2=präpub.beidseitig, 3=intrapub.eins., 4=intrapub.beids., 5=postpub.einseitig, 6=postpub.beids., 7=rezidiv., 8=unklare Angaben, 9= f.A.)	0
Epididymitis	0
Urethritis unspezif.	0
Prostatitis	0

Cystitis, Pyelitis, Urolithiasis

OP im Genitalbereich (0=nein, 1=Leistenbereich, 2=Hydrocele, 8=Sonstiges, 9=f.A.)

Venerische Infektionen (0=nein, 1=GO, 2=Lues, 3=GO+Lues, 4=sonstige ven.Inf., 9=f.A.)

Eigene Anamnese nach Verwundung

Mumps

Schwere Infektionskrankheiten (s.o.)

Rezidivierende Infekte

Lebererkrankung

Diabetes mellitus

Cerebral-spinale Veränderung

Genitaltrauma (s.o.)

Orchitis

Epididymitis

Urethritis unspezif.

Prostatitis

Cystitis, Pyelitis, Urolithiasis

OP im Genitalbereich (s.o.)

Venerische Infektionen (s.o.)

Sexuelanamnese vor Verwundung

Descensus testiculorum (0=nein, 1=ja, 2=Kryptorchismus einseitig, 9=f.A.)

Alter bei Stimmbruch

Alter bei 1. Rasur

Alter bei 1. Samenerguß

Libido (0=keine, 1=normal, 2=verringert, 3=gesteigert, 9=f.A.)

Erektion (0=fehlt, 1=normal, 2=unvollständig, 3=zukurz, 4= 2+3, 5=vor oder bei Immissio abbrechend, 6=vor Ejakulation abbrechend, 7=nur morgendliche Erektion, 8=schmerzhafte Abknickung, 9=f.A.)

Ejakulation (0=nein, 1=normal, 2=vorzeitig, 3=zu schnell, 4=zu spät, 5=Aspermatismus, 6=zeitweiliger Aspermatismus, 7=Pollutionen, 9=f.A.)

Alter bei Heirat (vollendetes Jahr)

2 7

Jahre der Verheiratung (bis Verw.)

0 0

Kinderzahl

0 0

Sozialanamnese vor Verwundung

Volksschule (0=nein, 1=normal, 2=Hilfsschule, 9=f.A.)

1

Weiterführende Schule (0=nein, 1=Berufsschule, 2=Real-, Mittel-, Aufbauschule, 3=Oberschule mit Abitur, 4=Oberschule ohne Abitur (Krieg), 5=Oberschule ohne Abitur (eigen.Verschulden, 9=f.A.)

1

Studium (0=nein, 1=abgeschlossen, 2=nicht abgeschlossen (Krieg), 3=nicht abgeschlossen (eigenes Verschulden, 9=f.A.)

0

Lehre (0=nein, 1=abgeschlossene Lehre als Geselle, 2=1 nein (Krieg), 3=1 nein (eigen.Verschulden), 4=abgeschlossene als Meister, 5=4 nein (Krieg), 6=4 nein(eig.Verschulden), 9=f.A.)

1

erlernter Beruf (s. Berufsschlüssel)

2 1 1 1

Berufswechsel (0=nein, 1=ja, 9=f.A.)

0

Kriegsverletzung (nur auf Hodenverletzte bezogen)

Jahr

4 1

Art der Verwundung (0=nein, 1=einseitige Hodenverletzung, 2=beids.Hodenverl., 3=ableitende Samenwege eins., 4=ableitende Samenwege beids., 5=1+3, 6=1+2, 7=2+3, 8=2+4, 9=f.A.)

2

Komplikationen (0=nein, 1=unspezif.einseitige Entzündung, 2=1 beids., 3= spez.eins.(Tbc), 4=3beids., 9=f.A.)

0

Art der Lazarettbehandlung (0=nein, 1=einseitig subtotale Resektion, 2=eins.totale R., 3=beids.subtotale Res., 4=beids.total, 5=konservativ, 6= 1+2, 7= Entfernung aus anderweitiger Ursache, 9=f.A.)

4

Anderweitige Verwundungen (0=nein, 1=Blase, 2=Harnröhrenverletzung, 3=Penis, 4=2+3, 5=anderweitig schwere Verwundung, 6=anderweitig leichtere Verwundung, 9= f.A.)

6

Nach der Verwundung

Entlassungsjahr (Wehrmacht)

4 5

Gefangenschaft (0=nein, 1=ja)

1

Wo (1=Rußland, 2=sonst.Osteuropa, 3=sonst.Europa, 4=Amerika, 9=f.A.)	4
Wie lange (in Monaten)	0 1
Entlassungsjahr (Gefangenschaft)	4 5
Dystrophie (0=nein, 1=schwach, 2=mittel, 3=stark, 9=f.A.)	0
Anderweitige Erkrankung (0=nein, 1=Hepatitis, 2=Harn- wegerkrankung, 3=Tbc, 4=Prostata, 5=son- stige, 9=f.A.)	0
Dauer der Arbeitsunfähigkeit (0=nein, 1=kürzer als 1 Jahr, 2= 1-2 Jahre, 3= 2-3 Jahre, 4= 3 u.mehr Jahre, 5=zeitweise nicht arbeits- fähig, 6=nicht mehr arbeitsfähig, 9=f.A.)	0
Wieder im alten Beruf (0=nein, 1=ja, 2=arbeitslos)	0
Berufswechsel (0=nein, 1=ja, 2=mehrere)	2
Jetziger Beruf (Berufsschlüssel)	2 5 5 9
Krankheitsrecidive (0=nein, 1=1, 2=2, etc. 8=8 u.mehr, 9=f.A.)	1
Wertung des jetzigen Berufs (1=alter Beruf (normale Entwicklung), 2=alter Beruf (stehengebliebene Entwicklung), 3=(Umschulung)gleichwertig, 4=sozialer Abstieg, 5=invalidisiert, 6=sozia- ler Aufstieg, 9=f.A.)	3
<u>Sexualanamnese nach Verwundung</u>	
Libido (0=nein, 1=ja, normal, 2= abgeschwächt, 3=rasch abgeschwächt, 4= allmählich abgeschwächt, 5=unklare Angaben, 9=f.A.)	4
Erektion (0=nein, 1=ja, normal, 2=unvollständig, 3=so- fort abgeschwächt, 4=allmählich abgeschwächt, 5= nur morgendliche Erektion, 9=f.A.)	4
Ejakulation (0=nein, 1=normal, 2=vorzeitig, 3=zu schnell, 4=zu spät, 9=f.A.)	1
Ejakulationsmenge (0=Aspermatisumus, 1=zeitweiliger Aspe- ratisumus, 2=vermindert, 3=normal, 4=vermehrte, 9=f.A.)	1
G.V. Frequenz (Angabe pro Monat)	0 1
Beschwerden bei G.V. (0=nein, 1=ja, 9=f.A.)	0
Pollutionen (0=nein, 1=ja, gelegentlich, 2=häufig, 9= f.A.)	0
Ipsationen (0=nein, 1=ja, gelegentlich, 2=häufig, 3=ständig, 9=f.A.)	0
Potentia coeundi (0=nein, 1=ja, 2=abgeschwächt, 9=f.A.)	2
Potentia generandi (0=nein, 1=ja)	0

Orgasmus vorhanden (0=nein, 1=ja, normal, 2= nur zeitweise, 9=f.A.)	2
Scheidung (0=nein, 1=ja, wegen Verletzung, 2=aus anderen Gründen, 3=verwitwet, 9=f.A.)	0
Wiederheirat (0=nein, 1=ja)	0
Glückliche Ehe (0=nein, aus anderen Gründen, 1=ja, 2=nein, wegen Verletzung, 9=f.A.)	1
Kinderzahl	0
Adoption (0=nein, 1= 1 Kind, etc., 9=f.A.)	0

Hauptbegutachtung

Jahrgang	71
----------	----

Anamnese

Rasche Ermüdbarkeit (0=nein, 1=ja, 9=f.A.)	1
Verminderte Leistungsfähigkeit (0=nein, 1=ja, 2=stark, z.T.arbeitslos, 9=f.A.)	1
Schwächeanfälle (0=nein, 1=häufig, 2=selten, 9=f.A.)	2
Kreislaufdysregulation (0=nein, 1=ja, 2=selten, 9=f.A.)	2
Schwindelerscheinungen (0=nein, 1=ja, 2=häufig, 3=Ohnmachtsanfälle, 4=selten, 9=f.A.)	4
Schweißausbrüche (0=nein, 1=ja, 2=häufig, 3=selten, 9=f.A.)	3
Allgemeine Abgeschlagenheit (0=nein, 1=ja, 2=häufig, 3=selten, 9=f.A.)	2
Schlaf (0=Schlaflosigkeit, 1=schlecht, 2=gut, 9=f.A.)	1
Appetit (0=nein, 1=gut, 2=mäßig, 9=f.A.)	2
Miktionsbeschwerden (0=nein, 1=ja, 9=f.A.)	0
Stuhlgang (0=normal, 1=schlecht, 9=f.A.)	0
Witterungsbeschwerden (0=nein, 1=ja, 9=f.A.)	1
Narbenbeschwerden (0=nein, 1=ja, 9=f.A.)	1
rheumatische Beschwerden (0=nein, 1=ja, 9=f.A.)	0
Knochenschmerzen (0=nein, 1=ja, 9=f.A.)	1
Kopfschmerzen (0=nein, 1=ja, 9=f.A.)	0
Minderwertigkeitsgefühl (0=nein, 1=ja, 2=zugenommen, 9=f.A.)	1
Depressionen (0=nein, 1=ja, 2=zugenommen, 9=f.A.)	0
Stimmungsschwankungen (0=nein, 1=ja, 2=zugenommen, 9=f.A.)	1

Antrieb	(0=normal, 1=vermindert, 9=f.A.)	1
Interessen	(0=nein, 1=normal, 2=schwach ausgeprägt, 9=f.A.)	2
Initiativarmut	(0=nein, 1=ja, 9=f.A.)	1
Konzentration	(0=normal, 1=vermindert, 2=stark vermindert, 9=f.A.)	1
Psychasthenie	(0=nein, 1=leicht, 2=stark, 9=f.A.)	0
Suicidversuche	(0=nein, 1=ja, 2=mehrere, 9=f.A.)	0
Betäubungsmittel	(0=nein, 1=geringe Mengen, 2=große Mengen, 3=süchtig, 9=f.A.)	0
Genußmittel	(0=nein, 1=mäßig, 2=stark, 9=f.A.)	1
Sexuelle Verfehlung	(0=nein, 1=einmal, 2=mehrfach, 9=f.A.)	0

Körperbefund

Habitus	(1=masculin, 2=feminin, 3=subvöril, 4=eunuchoid)	3
Konstitution	(0=vorwiegend leptosom, 1=ausgesprochen leptosom, 2=vorw.pyknisch, 3=ausgespr.pyknisch, 4=vorw.athletisch, 5=ausgespr.athletisch, 6=pyknisch-athletisch, 7=dysplastisch, 8=nicht sicher einzuordnen)	4
Körpergröße (cm)		1 7 5
Gewicht (kg)		0 7 7
Gewichtsschwankungen	(0=nein, 1=gering, 2=stark, 9=f.A.)	0
Muskulatur	(0=normal, 1=schwach, 2=kräftiges Relief)	0
Gynäkomastie	(0=nein, 1=einseitig schwach, 2=beidseitig schwach, 3=eins.ausgeprägt, 4=beidseitig ausgeprägt)	0
Lipomastie	(0=nein, 1=einseitig schwach, 2=beidseitig schwach, 3=eins.ausgeprägt, 4=beids.ausgeprägt)	2
Brustwarzen	(0=normal, 1=Makrothelie einseitig, 2=Makrothelie beidseitig, 3=Mikrothelie eins., 4=Mikrothelie beids.)	0
Fettpolster	(0=normal, 1=atrophisch, 2=Stammfettsucht, 3=Hüftbetont, 4=Reithosenfettsucht, 5=totale, 6=abdominelle Fettschürze)	2
Haupthaar	(0=fehlt, 1=normal, 2=spärlich, 3=dicht)	2
Achselbehaarung	(0=fehlt, 1=normal, 2=spärlich, 3=dicht)	2
Stamm- und Extremitätenbehaarung	(0=fehlt, 1=normal, 2=spärlich, 3=dicht, 4=Bauchglatze)	2
Bartwuchs	(0=fehlt, 1=normal, 2=spärlich, 3=dicht)	2

Rasur (0=nein, 1=täglich, 2=jeden 2.Tag, 3=jeden 3.Tag... 8=jeden 8.Tag und mehr)	1
Dichte der Schambehaarung (0=fehlt, 1=unauffällig, 2=spärlich, 3=dicht)	2
Begrenzung der Schambehaarung (1=subumbilical, 2=rhom- bisch, 3=horizontal)	3

Genitalbefund

Penis (0=fehlt, 1=unauffällig, 2=auffällig klein, 3=infantil, 4=auffällig groß, 5=vernarbt, 6=Beschwerden am Schwellkörper)	1
Glans/Praeputium (0=unauffällig, 1=Phimose, 2=Hypos- padie, 3=Epispadie)	0
Skrotum (0=weg, 1=teilweise weg, 2=normal, 3=Ver- wachsungen, 4=klein)	4
Skrotum-Turgor (0=normal, 1=straff, 2=schlaff, 3=verdickt, 9=f.A.)	2
Skrotum (0=unauffällig in Farbe u.Behaarung, 1=Hypo- pigmentation, 2=Hyperpigmentation, 3=spär- lich oder nicht behaart, 4= 1+3, 5= 2+3, 9=f.A.)	0
Hodengröße re (0=weg, 1=subtotal, 2=atrophisch, 3=dystrophisch, 4=normal)	0
Hodengröße li (0=weg, 1=subtotal, 2=atrophisch, 3=dystrophisch, 4=normal)	0
Hodengröße (in ccm) (Orchidometer) re	0 0
Hodengröße (in ccm) li	0 0
Hodenkonsistenz re (0=prall elastisch, 1=vermindert, 2=weich, 3=hart)	9
Hodenkonsistenz li (0=prall elastisch, 1=vermindert, 2=weich, 3=hart)	9
Hoden re (0=fehlt, 1=vorhanden geschrumpft, 2=normal, 3=verdickt, 4=verhärtet, 5=Druckschmerz)	0
Hoden li (0=fehlt, 1=vorhanden geschrumpft, 2=normal, 3=verdickt, 4=verhärtet, 5=Druckschmerz)	0
Ableitende Samenwege re (0=normal, 1=verdickt, 2=ver- härtet, 3=kongestioniert, 4=entfernt)	4
Ableitende Samenwege li (0=normal, 1=verdickt, 2=ver- härtet, 3=kongestioniert, 4=entfernt)	0
Hydrocele re (0=nein, 1=angedeutet, 2=gering, 3=erheblich)	0
Hydrocele li (0=nein, 1=angedeutet, 2=gering, 3=erheblich)	0
Varicocele re (0=nein, 1=angedeutet, 2=gering, 3=erheblich)	0
Varicocele li (0=nein, 1=angedeutet, 2=gering, 3=erheblich)	0

Prostata re (0=normal, 1=gering verkleinert, 2=erheblich verkleinert, 3=höckrig, 4=vergrößert, 5=1+3, 6=2+3, 7=4+3, 8=nicht tastbar)	0
Prostata li (0=normal, 1=gering verkleinert, 2=erheblich verkleinert, 3=höckrig, 4=vergrößert, 5=1+3, 6=2+3, 7=4+3, 8=nicht tastbar)	0
Prostata schmerzhaft (0=nein, 1=schwach, 2=stark)	0
Bläschendrüs en (0=nicht tastbar, 1=tastbar, 2=vergrößert tastbar)	0
Bläschendrüs en li (0=nicht tastbar, 1=tastbar, 2=vergrößert tastbar)	0
Spermatologische Diagnose (0=nein, 1=ja, 2=ja-keine weiteren Angaben)	1
Ejakulat-Volumen (in ml)	6 0
Spermienzahl/ml (in Mill.)	0 0
ph-Wert	7 5
Fructose (in mg%) (mg/ml)	3, 6 6
Motilität (quantitativ in %)	0 0
Morphologie (normalgeformte Spermien in %)	0 0
Vitalität (0=tot, 1=akinetisch, 2=motil, 9=f.A.)	9
Hodenbiopsie (0=nein, 1=ja, 9=f.A.)	0
Hormonbestimmungen (0=nein, 1=ja, 9=f.A.)	1
Harn-17-Ketosteroide (mg/die)	1 7, 9
17-Hydroxycorticosteroide (OHCS) (mg/die)	3, 3 2
Gonadotropin-Ausscheidung (I.E./die)	1 3 0

Weitere Befunde

Osteoporose (Röntgen) (0=nein, 1=ja, 9=f.A.)	9
Veränderung des Gesichts (0=nein, 1=akromegale Züge, 2=Vollmondgesicht)	0
Gesichtsbildung (0=normal männlich, 1=weiblich, 2=kindlich, 3=greisenhaft)	0
Hautveränderungen (0=nein, 1=blaß, fahl, 2=weich, 3=pergamentartig faltig, 4=1+2, 5=1+3)	1
Stimmveränderung (0=nein, 1=höhere Tonlage)	0
Schilddrüsenveränderung (0=nein, 1=leichte Euthyreose, 2=starke Euthyreose, 3=leichte Hyperthyreose, 4=starke Hyperthyreose)	0
Dermographismus (0=normal, 1=verstärkt, 9=f.A.)	0
Blutdruck nach RR	1 7 0 0 8 0

Diagnose 1= Verlust beider Hoden und des Gliedes, 2=Ver-
lust beider Hoden, 3= Teilverlust beider Hoden,
4= Atrophie beider Hoden (Reste), 5= Verlust
eines Hodens und Teilverlust des anderen, 6=Ver-
lust eines Hodens und Atrophie des anderen,
7= Verlust eines Hodens, 8= Atrophie eines Hodens

2

Beurteilung

Höhe der MdE insgesamt

1 0 0

Höhe der MdE in Bezug auf Hoden

7 0

Therapie

Behandlungsjahr (Beginn)

4 3

Art der Behandlung (0=keine, 1=spezifisch, 2=unspezi-
fisch, 3= 1+2, 9=f.A.)

1

Unspezifische Behandlung (0=keine, 1=Badekur, 2=Mas-
sagen, 8=sonstiges)

1

Hormonimplantate (0=keine, 1=Kristalle, 2=Drüsengewebe)

0

Hormonbehandlung (0=keine, 1=Methyltestosteron, 2=Meste-
rolon, 3=Testosteronpropionat,
4=Depottestosteron, 5=Mischpräparate,
6=Depot-Mischpräparate, 7= 1+4,
9= f.A.)

5

Menge/Zeit: 1943-1962 Testoviron-Dragees

Seit 1962 Testoviron-Depot Injektionen,
250 mg/4 Wochen (gelegentlich alle 3 Wochen)

Hormonbehandlung abgebrochen (0=nein, 1=ja)

0

Zusammenfassung

Der jetzt 52-jährige Patient A.Z. erlitt am 11.10.1941 eine Granatsplitterverletzung am li Knie, re Oberschenkel, li Gesäß und den Verlust beider Hoden. An das Ergebnis einer erfolgten Hodenoperation kann sich der Patient nicht mehr erinnern.

Nach den anamnestischen Angaben finden sich keine sicheren Hinweise für eine präpuberale endokrine Ausfallerscheinung. Libido, Potenz und Erektion seien vor der Verwundung völlig normal gewesen. In der Sozialanamnese werden 8 Jahre Volksschule, 3 Jahre Berufsschule und Gesellenprüfung als Hauer angegeben.

2 Jahre nach der Verwundung wurde bei dem Patienten bereits mit einer Hormonsubstitution mit Methyltestosteron-Dragees begonnen. So waren die anfänglichen endokrinen Störungen sehr gering. Bis 1959 konnte er regelmäßig in größeren Abständen Geschlechtsverkehr ausüben. Libido war vorhanden, aber geschwächt. Allgemein trat eine körperliche Schwäche auf. Minderwertigkeitsgefühle habe er wegen mangelndem G.V. gelegentlich gegenüber seiner Frau gehabt. Nach 1959 kam es zu starken sexuellen, psychischen und körperlichen Störungen wie Impotentia coeundi, mangelnde Gliedsteife, körperlicher Leistungsabfall, rasche Ermüdbarkeit, Schwächeanfälle, Schweißausbrüche, allgemeine Abgeschlagenheit, Minderwertigkeitsgefühle, depressive Stimmungslagen und Stimmungsschwankungen, verstärkte Reizbarkeit, Konzentrationsschwäche, Weichheit, da die Substitution mit Testosteron-Dragees unzureichend wurde. Es kam u.a. zu einer Ehekrise, da die Ehefrau damals von einer Scheidung gesprochen habe (angeblich wegen mangelndem G.V. und kinderloser Ehe). Auf Grund der hormonalen Ausfälle wurde der Patient im Juli 1961 in der Universitäts-Hautklinik Bonn untersucht und in einem andrologischen Gutachten wurden die bereits 50% MdE für Hodenverlust wegen der endokrinen Ausfallerscheinungen auf 70% MdE heraufgesetzt. Außerdem wurden dem Patienten Testoviron-Depot Injektionen (alle 4 Wochen) verordnet, die bald zu einer allgemeinen Besserung der Störungen führten. Seit 1969 habe die Wirkung der Injektionen nach Ansicht des Patienten nachgelassen.

Er könne von 8 Tagen guter Wirkung sprechen. G.V. könne er wegen mangelnder Gliedsteife nicht mehr ausführen, was auch wieder seine Ehe belaste. Rasche Ermüdbarkeit und verminderte körperliche Leistungsfähigkeit haben zugenommen. Rückenschmerzen in der LWS sind stärker geworden. Gelegentlich treten depressive Stimmungsschwankungen auf. Außerdem habe der Patient eine zunehmende Interessenlosigkeit und Minderung der Konzentration festgestellt. Minderwertigkeitsgefühle gegenüber seiner Frau seien manchmal noch vorhanden, obwohl seine Ehe jetzt gefestigt sei, was auch auf eine materielle Zufriedenheit zurückgeführt wird. Mitunter treten nächtliche Schweißausbrüche auf. Bei Wetterumschlag habe der Patient Schmerzen im linken Knie und in den Hodennarben, außerdem habe er dann das Gefühl, die Hoden seien noch vorhanden.

Bis 1966 war der Patient in acht verschiedenen Berufen tätig (Hauer; Hilfsarbeiter in einer Fabrik, im Steinbruch, im Kohlentagebau; Schuhmacher; Maurer; Arbeiter in einer Druckerei; Fahrer). Den Abbruch seiner früheren, vor der Verwundung ausgeübten Tätigkeit und den häufigen Berufswechsel führt der Patient auf seine allgemeine körperliche Schwäche und die Knieverletzung zurück. Seit 1966 ist er als Maschinenarbeiter beschäftigt. Bei dieser Tätigkeit brauche er keine schwere körperliche Arbeit zu verrichten und er sei auch mit seinem jetzigen Beruf zufrieden.

Im Befund stehen die körperlichen endokrinen Ausfallserscheinungen wie stammbetonte Adipositas, subviriler Habitus, blaße, wenig pigmentierte, insgesamt weiche Haut, verminderte Achsel- und Terminalbehaarung, verminderte und horizontale Schambehaarung, bds. Lipomastie im Vordergrund. 1961 war im linken Hoden noch ein kleinkirschgroßer Rest zu tasten. Bei dem jetzigen Befund konnte links eine knapp linsengroße, flache glattfibröse Platte abgegrenzt werden. Auch 1961 wurden schon die gleichen körperlichen Ausfallserscheinungen beschrieben. Im jetzigen wie im Spermiogramm von 1961 waren keine Spermien oder Zellen der Spermiogenese nachweisbar. Die Hormonanalysen zeigten einen erhöhten Wert der Gonadotropin-Ausscheidung. Die übrigen laborklinischen Werte waren alle im Normbereich.

Therapievorschlag: 1) Depot-Testoviron 250 mg/3 Wochen
2) Proviron-Tabletten 2 x 25 mg/die

2. Patient M.H.

Kartenart	
Versorgungsamt	1 2
Grundlistennummer	0 0 5 0 7 7 3
Geburtsdatum	1 4 1 2 1 6
Geschlecht (1=männlich)	1
Namensschlüssel	3 2
Mehrling (0=nein, 1=ja)	0
Wieviertes Kind	0 9
Zahl der übrigen Geschwister	1 0
Fam. Belastung (0=nein, 1=Nerven-u.Geisteskrankheiten, 2=Endokrinopathie, 3=Mißbildungen und Dysplasie, 9=f.A.)	0
Familienstand (1=ledig, 2=verh., 3=verwit., 4=gesch., 5=getrennt lebend, 9=f.A.)	2
Beruf	0

Eigene Anamnese vor Verwundung

Mumps (0=nein, 1=präpuberal, 2=intra-, 3=postpuberal, 4= 1+Orchitis, 5= 2+Orchitis, 6= 3+Orchitis, 9= f.A.)	0
Schwere Infektionskrankheiten (0=nein, 1=Malaria, 2=Typhus, Ruhr et alt.abdominelle Infekte, 3=Tbc, 4= 1+2, 5= 1+3, 8= Sonstiges, 9=f.A.)	0
Rezidivierende Infekte (Tonsillitis, Sinusitis, Pyelo- nephritis)	0
Lebererkrankung	0
Diabetes mellitus (0=nein, 1=juveniler D., 2=AltersD., 9= f.A.)	0
Cerebral-spinale Veränderung	0
Genitaltrauma (0=nein, 1=präpuberal, 2=postpuberal)	0
Orchitis (außer Mumps) (0=nein, 1=präpuberal einseitig, 2=präpub.beidseitig, 3=intrapub.eins., 4=intrapub.beids., 5=postpub.eins., 6=postpub.beids., 7=rezidiv., 8=unklare Angaben, 9=f.A.)	0
Epididymitis	0

Urethritis unspezif.	0
Prostatitis	0
Cystitis, Pyelitis, Urolithiasis	0
OP im Genitalbereich (0=nein, 1=Leistenbereich, 2=Hydrocele, 8=Sonstiges, 9=f.A.)	0
Venerische Infektionen (0=nein, 1=GO, 2=Lues, 3=GO+Lues, 4=sonstige ven.Inf., 9=f.A.)	0

Eigene Anamnese nach Verwundung

Mumps	0
Schwere Infektionskrankheiten (s.o.)	0
Rezidivierende Infekte	0
Lebererkrankung	0
Diabetes mellitus	0
Cerebral-spinale Veränderung	0
Genitaltrauma (s.o.)	0
Orchitis	0
Epididymitis	0
Urethritis unspezif.	0
Prostatitis	0
Cystitis, Pyelitis, Urolithiasis	0
OP im Genitalbereich (s.o.)	0
Venerische Infektionen (s.o.)	0

Sexualanamnese vor Verwundung

Descensus testiculorum (0=nein, 1=ja, 2=Kryptorchis- mus einseitig, 9=f.A.)	1
Alter bei Stimmbruch (9= f.A.)	9 9
Alter bei 1. Rasur	9 9
Alter bei 1. Samenerguß	9 9
Libido (0=keine, 1=normal, 2=verringert, 3=gesteigert, 9= f.A.)	1
Erektion (0=fehlt, 1=normal, 2=unvollständig, 3=zu kurz, 4= 2+3, 5=vor oder bei Immissio abbrechend, 6=vor Ejakulatio abbrechend, 7=nur morgend- liche Erektion, 8=schmerzhafte Abknickung, 9= f.A.)	1

Ejakulation (0=nein, 1=normal, 2=vorzeitig, 3=zu schnell,
4=zu spät, 5=Aspermatismus, 6=zeitweiliger
Aspermatismus, 7=Pollutionen, 9= f.A.)

1

Alter bei Heirat (vollendetes Jahr)

2 8

Jahre der Verheiratung (bis Verw.)

0 0

Kinderzahl

0 0

Sozialanamnese vor Verwundung

Volksschule (0=nein, 1=normal, 2=Hilfsschule, 9=f.A.)

1

Weiterführende Schule (0=nein, 1=Berufsschule, 2=Real-,
Mittel-, Aufbauschule, 3=Oberschule mit
Abitur, 4=Oberschule ohne Abitur (Krieg),
5=Oberschule ohne Abitur (eigen.Verschulden),
9=f.A.)

1

Studium (0=nein, 1=abgeschlossen, 2=nicht abgeschlossen
(Krieg), 3=nicht abgeschlossen (eigen.Ver-
schulden), 9=f.A.)

0

Lehre (0=nein, 1=abgeschlossene Lehre als Geselle,
2= 1 nein (Krieg), 3= 1 nein (eigen.Verschulden),
4=abgeschlossene als Meister, 5= 4 nein (Krieg),
6= 4 nein (eigen.Verschulden), 9=f.A.)

0

Erlerner Beruf (s. Berufsschlüssel)

3 9 1 9

Berufswechsel (0=nein, 1=ja, 9=f.A.)

1

Kriegsverletzung (nur auf Hodenverletzte bezogen)

Jahr

4 3

Art der Verwundung (0=nein, 1= einseitige Hodenverlet-
zung, 2=beids.Hodenverletzung, 3=ablei-
tende Samenwege eins., 4=ableitende
Samenwege beids., 5= 1+3, 6= 1+2,
7= 2+3, 8= 2+4, 9= f.A.)

2

Komplikationen (0=nein, 1=unspezif.einseitige Entzün-
dung, 2= 1 beids., 3=spezif.eins.(Tbc),
4= 3 beids., 9= f.A.)

0

Art der Lazarettbehandlung (0=nein, 1=einseitig subtotale
Resektion, 2=eins.totale R., 3=beids.sub-
totale R., 4=beids.total, 5=konservativ,
6= 1+2, 7=Entfernung aus anderweitiger
Ursache, 9=f.A.)

4

Anderweitige Verwundungen (0=nein, 1=Blase, 2=Harnröhren-
verletzung, 3=Penis, 4= 2+3, 5=anderwei-
tig schwere Verwundung, 6= anderweitig
leichtere Verwundung, 9= f.A.)

6

Nach der Verwundung

Entlassungsjahr (Wehrmacht)	4 4
Gefangenschaft (0=nein, 1=ja)	0
Wo (1=Rußland, 2=sonst.Osteuropa, 3=sonst.Europa, 4=Amerika, 9= f.A.)	0
Wie lange (in Monaten)	0 0
Entlassungsjahr (Gefangenschaft)	0 0
Dystrophie (0=nein, 1=schwach, 2=mittel, 3=stark, 9= f.A.)	0
Anderweitige Erkrankung (0=nein, 1=Hepatitis, 2=Harn- wegeerkrankung, 3=Tbc, 4=Prostata, 5= sonstige, 9= f.A.)	0
Dauer der Arbeitsunfähigkeit (0=nein, 1=kürzer als 1 Jahr, 2= 1-2 Jahre, 3= 2-3 Jahre, 4=3 und mehr Jahre, 5=zeitweise nicht arbeitsfähig, 6=nicht mehr arbeitsfähig, 9= f.A.)	6
Wieder im alten Beruf (0=nein, 1=ja, 2= arbeitslos)	2
Berufswechsel (0=nein, 1=ja, 2=mehrere)	0
Jetziger Beruf (Berufsschlüssel)	0 0 0 0
Krankheitsrecidive (0=nein, 1=1, 2=2, etc., 8=8 und mehr, 9= f.A.)	0
Wertung des jetzigen Berufs (1=alter Beruf (normale Entwicklung), 2=alter Beruf (stehengebliebene Entwicklung), 3=Umschulung gleichwertig, 4=so- zialer Abstieg, 5=invalidisiert, 6=sozialer Aufstieg, 9= f.A.)	5

Sexualanamnese nach Verwundung

Libido (0=nein, 1=ja, normal, 2=abgeschwächt, 3=rasch abgeschwächt, 4=allmählich abgeschwächt, 5=unklare Angaben, 9= f.A.)	3
Erektion (0=nein, 1=ja, normal, 2=unvollständig, 3=so- fort abgeschwächt, 4=allmählich abgeschwächt, 5=nur morgendliche Erektion, 9= f.A.)	2
Ejakulation (0=nein, 1=normal, 2=vorzeitig, 3=zu schnell, 4=zu spät, 9= f.A.)	1
Ejakulationsmenge (0=Aspermatisumus, 1=zeitweiliger Asper- matisumus, 2=vermindert, 3=normal, 4=vermehrte, 9= f.A.)	1
G.V. Frequenz (Angabe pro Monat)	0 1
Beschwerden bei G.V. (0=nein, 1=ja, 9= f.A.)	0
Pollutionen (0=nein, 1=ja, gelegentlich, 2=häufig, 9=f.A.)	0
Ipsationen (0=nein, 1=ja, gelegentlich, 2=häufig, 3= ständig, 9= f.A.)	0

Potentia coeundi (0=nein, 1=ja, 2=abgeschwächt, 9= f.A.)	2
Potentia generandi (0=nein, 1=ja)	1
Orgasmus vorhanden (0=nein, 1=ja, normal, 2=nur zeitweise, 9= f.A.)	9
Scheidung (0=nein, 1=ja, wegen Verletzung, 2=aus anderen Gründen, 3=verwitwet, 9=f.A.)	0
Wiederheirat (0=nein, 1=ja)	0
Glückliche Ehe (0=nein aus anderen Gründen, 1=ja, 2=nein wegen Verletzung, 9=f.A.)	2
Kinderzahl	0
Adoption (0=nein, 1= 1 Kind, etc., 9= f.A.)	1

Hauptbegutachtung

Jahrgang	7 1
----------	-----

Anamnese

Rasche Ermüdbarkeit (0=nein, 1=ja, 9= f.A.)	1
Verminderte Leistungs- (0=nein, 1=ja, 2=stark, fähigkeit z.T. arbeitslos, 9=f.A.)	1
Schwächeanfälle (0=nein, 1=häufig, 2=selten, 9=f.A.)	0
Kreislaufdysregulation (0=nein, 1=ja, 2=selten, 9=f.A.)	0
Schwindelerscheinungen (0=nein, 1=ja, 2=häufig, 3=Ohnmachtsanfälle, 4=selten, 9=f.A.)	0
Schweißausbrüche (0=nein, 1=ja, 2=häufig, 3=selten, 9= f.A.)	3
Allgemeine Abgeschlagenheit (0=nein, 1=ja, 2=häufig, 3=selten, 9= f.A.)	1
Appetit (0=nein, 1=gut, 2=mäßig, 9= f.A.)	1
Schlaf (0=Schlaflosigkeit 1=schlecht, 2=gut, 9=f.A.)	1
Miktionsbeschwerden (0=nein, 1=ja, 9= f.A.)	0
Stuhlgang (0=normal, 1=schlecht, 9= f.A.)	0
Witterungsbeschwerden (0=nein, 1=ja, 9= f.A.)	0
Narbenbeschwerden (0=nein, 1=ja, 9= f.A.)	1
Rheumatische Beschwerden (0=nein, 1=ja, 9=f.A.)	0
Knochenschmerzen (0=nein, 1=ja, 9=f.A.)	1
Kopfschmerzen (0=nein, 1=ja, 9=f.A.)	1
Minderwertigkeitsgefühl (0=nein, 1=ja, 2=zugenommen, 9=f.A.)	1

Depressionen (0=nein, 1=ja, 2=zugenommen, 9=f.A.)	1
Stimmungsschwankungen (0=nein, 1=ja, 2=zugenommen, 9=f.A.)	1
Antrieb (0=normal, 1=vermindert, 9=f.A.)	1
Interessen (0=nein, 1=normal, 2=schwach ausgeprägt, 9=f.A.)	2
Initiativarmut (0=nein, 1=ja, 9=f.A.)	1
Konzentration (0=normal, 1=vermindert, 2=stark vermindert, 9=f.A.)	1
Psychasthenie (0=nein, 1=leicht, 2=stark, 9=f.A.)	2
Suicidversuche (0=nein, 1=ja, 2=mehrere, 9=f.A.)	2
Betäubungsmittel (0=nein, 1=geringe Mengen, 2=große Mengen, 3=süchtig, 9=f.A.)	0
Genußmittel (0=nein, 1=mäßig, 2=stark, 9=f.A.)	1
Sexuelle Verfehlung (0=nein, 1=einmal, 2=mehrfach, 9=f.A.)	0

Körperbefund

Habitus (1=masculin, 2=feminin, 3=subverl, 4=eunuchoid)	1
Konstitution (0=vorwiegend leptosom, 1=ausgesprochen leptosom, 2=vorw.pyknisch, 3=ausgespr.pyknisch, 4=vorw.athletisch, 5=ausgespr.athletisch, 6=pyknisch-athletisch, 7=dysplastisch, 8=nicht sicher einzuordnen)	6
Körpergröße (cm)	1 6 7
Gewicht (kg)	0 7 6
Gewichtsschwankungen (0=nein, 1=gering, 2=stark, 9=f.A.)	1
Muskulatur (0=normal, 1=schwach, 2=kräftiges Relief)	0
Gynäkomastie (0=nein, 1=einseitig schwach, 2=beidseitig schwach, 3=eins.ausgeprägt, 4=beidseitig ausgeprägt)	0
Lipomastie (0=nein, 1=einseitig schwach, 2=beidseitig schwach, 3=eins.ausgeprägt, 4=beids.ausgeprägt)	0
Brustwarzen (0=normal, 1=Makrothelie einseitig, 2=Makrothelie beidseitig, 3=Mikrothelie einseitig, 4=Mikrothelie beidseitig)	0
Fettpolster (0=normal, 1=atrophisch, 2=Stammfettsucht, 3=Hüftbetont, 4=Reithosenfettsucht, 5=totale, 6=abdominelle Fettschürze)	6
Haupthaar (0=fehlt, 1=normal, 2=spärlich, 3=dicht)	1
Achselbehaarung (0=fehlt, 1=normal, 2=spärlich, 3=dicht)	2
Stamm- und Extremitätenbehaarung (0=fehlt, 1=normal, 2=spärlich, 3=dicht, 4=Bauchglatze)	2

Bartwuchs (0=fehlt, 1=normal, 2=spärlich, 3=dicht)

2

Rasur (0=nein, 1=täglich, 2= jeden 2.Tag, 3= jeden 3.Tag, 8= jeden 8.Tag und mehr)

7

Dichte der Schambehaarung (0=fehlt, 1=unauffällig, 2=spärlich, 3=dicht)

2

Begrenzung der Schambehaarung (1=subumbilical, 2=rhombisch, 3=horizontal)

2

Genitalbefund

Penis (0=fehlt, 1=unauffällig, 2=auffällig klein, 3=infantil, 4=auffällig groß, 5=vernarbt, 6=Beschwerden am Schwellkörper)

1

Glans/Praeputium (0=unauffällig, 1=Phimose, 2=Hypospadie, 3=Epispadie)

0

Skrotum (0=weg, 1=teilweise weg, 2=normal, 3=Verwachsungen, 4=klein)

3

Skrotum-Turgor (0=normal, 1=straff, 2=schlaff, 3=verdickt, 9=f.A.)

2

Skrotum (0=unauffällig in Farbe und Behaarung, 1=Hypopigmentation, 2=Hyperpigmentation, 3=spärlich oder nicht behaart, 4= 1+3, 5= 2+3, 9=f.A.)

0

Hodengröße re (0=weg, 1=subtotal, 2=atrophisch, 3=dystrophisch, 4=normal)

0

Hodengröße li (0=weg, 1=subtotal, 2=atrophisch, 3=dystrophisch, 4=normal)

0

Hodengröße (in ccm) (Orchidometer) re

0 0

Hodengröße (in ccm) li

0 0

Hodenkonsistenz re (0=prall elastisch, 1=vermindert, 2=weich, 3=hart)

0

Hodenkonsistenz li (0=prall elastisch, 1=vermindert, 2=weich, 3=hart)

0

Hoden re (0=fehlt, 1 vorhanden geschrumpft, 2=normal, 3=verdickt, 4=verhärtet, 5=Druckschmerz)

0

Hoden li (0=fehlt, 1=vorhanden geschrumpft, 2=normal, 3=verdickt, 4=verhärtet, 5=Druckschmerz)

0

Ableitende Samenwege re (0=normal, 1=verdickt, 2=verhärtet, 3=kongestioniert, 4=entfernt)

0

Ableitende Samenwege li (0=normal, 1=verdickt, 2=verhärtet, 3=kongestioniert, 4=entfernt)

1

Hydrocele re (0=nein, 1=angedeutet, 2=gering, 3=erheblich)

0

Hydrocele li (0=nein, 1=angedeutet, 2=gering, 3=erheblich)

0

Varicocele re (0=nein, 1=angedeutet, 2=gering, 3=erheblich)

0

Varicocele li (0=nein, 1=angedeutet, 2=gering, 3=erheblich)

0

Prostata re (0=normal, 1=gering verkleinert, 2=erheblich verkleinert, 3=höckrig, 4=vergrößert, 5=1+3, 6=2+3, 7=4+3, 8=nicht tastbar)	1
Prostata li (0=normal, 1=gering verkleinert, 2=erheblich verkleinert, 3=höckrig, 4=vergrößert, 5=1+3, 6=2+3, 7=4+3, 8=nicht tastbar)	1
Prostata schmerzhaft (0=nein, 1=schwach, 2=stark)	2
Bläschendrüsen re (0=nicht tastbar, 1=tastbar, 2=vergrößert tastbar, 9=f.A.)	9
Bläschendrüsen li (0=nicht tastbar, 1=tastbar, 2=vergrößert tastbar, 9=f.A.)	9
Spermatologische Diagnose (0=nein, 1=ja, 2=ja-keine weiteren Angaben)	0
Ejakulat-Volumen (in ml)	0 0
Spermienzahl/ml (in Mill.)	0 0
ph-Wert	0 0
Fructose (in mg%)	0 0 0
Motilität (quantitativ in %)	0 0
Morphologie (normalgeformte Spermien in %)	0 0
Vitalität (0=tot, 1=akinetisch, 2=motil, 9=f.A.)	9
Hodenbiopsie (0=nein, 1=ja, 9=f.A.)	0
Hormonbestimmungen (0=nein, 1=ja, 9=f.A.)	1
Harn-17-Ketosteroide (mg/die)	1 0, 4
17-Hydroxycorticosteroide (OHCS) (mg/die)	1 0, 6
Gonadotropin-Ausscheidung (I.E./die)	0 0 0

Weitere Befunde

Osteoporose (Röntgen) (0=nein, 1=ja, 9=f.A.)	9
Veränderung des Gesichts (0=nein, 1=akromegale Züge, 2=Vollmondgesicht)	0
Gesichtsbildung (0=normal männlich, 1=weiblich, 2=kindlich, 3=greisenhaft)	0
Hautveränderung (0=nein, 1=blaß, fahl, 2=weich, 3=pergamentartig faltig, 4=1+2, 5=1+3)	4
Stimmveränderung (0=nein, 1=höhere Tonlage)	0
Schilddrüsenveränderung (0=nein, 1=leichte Euthyreose, 2=starke Euthyreose, 3=leichte Hyperthyreose, 4=starke Hyperthyreose)	0
Dermographismus (0=normal, 1=verstärkt, 9=f.A.)	0
Blutdruck nach RR	1 3 0 0 8 0

Diagnose 1=Verlust beider Hoden und des Gliedes, 2=Verlust beider Hoden, 3=Teilverlust beider Hoden, 4=Atrophie beider Hoden (Reste), 5=Verlust eines Hodens und Teilverlust des anderen, 6=Verlust eines Hodens und Atrophie des anderen, 7=Verlust eines Hodens, 8=Atrophie eines Hodens

2

Beurteilung

Höhe der MdE insgesamt

0 8 0

Höhe der MdE in Bezug auf Hoden

8 0

Therapie

Behandlungsjahr (Beginn)

4 4

Art der Behandlung (0=keine, 1=spezifisch, 2=unspezifisch, 3= 1+2, 9=f.A.)

1

Unspezifische Behandlung (0=keine, 1=Badekur, 2=Massagen, 8=sonstiges)

0

Hormonimplantate (0=keine, 1=Kristalle, 2=Drüsengewebe)

2

Hormonbehandlung (0=keine, 1=Methyltestosteron, 2=Mesteron, 3=Testosteronpropionat, 4=Depot-testosteron, 5=Mischpräparate, 6=Depot-Mischpräparate, 7= 1+4, 9=f.A.)

5

Menge/Zeit 1944 Anertan 2x 25 mg/Woche, 10 Einreibungen mit Anertan-Öl. Ab 1954 2x 25 mg Testosid/Woche. Ab 1960 Testosid-Depot 250 mg/14 Tage. Ab 1964 Testoviron und Testoviron-Depot 250 mg/14 Tage-3 Wochen.

Hormonbehandlung abgebrochen (0=nein, 1=ja)

0

Zusammenfassung

Der 54 Jahre alte Patient M.H. erlitt am 13.1.1943 eine Granatsplitterverletzung mit Verlust beider Hoden und Muskelverletzungen des re Ober- und li Unterschenkels. Das Ausmaß der Hodenentfernung wurde dem Patienten nicht mitgeteilt.

Präpuberale endokrine Ausfallserscheinungen sind nicht bekannt. Libido, Erektion und Potenz waren vor der Verwundung normal. An genaue zeitliche Angaben kann der Patient sich nicht erinnern.

Der Patient besuchte 8 Jahre die Volksschule, anschließend 3 Jahre die Berufsschule. Eine spezielle Lehre erfolgte nicht. Bis zur Einberufung zum Arbeitsdienst war er als Kraftfahrer, Monteur und im elterlichen landwirtschaftlichen Betrieb tätig.

Die psychischen Auswirkungen der Verletzung waren anfänglich trotz baldiger Hormonsubstitution (Beginn 1944) für den Patienten so groß, daß er erhebliche psychasthenische Beschwerden zeigte mit Suicidgedanken und Suicidversuchen, reaktiver Depression mit paranoider Färbung, starken Stimmungsschwankungen, Reizbarkeit, Gleichgültigkeit und Interessenlosigkeit, sowie Verweigerung der Nahrungsaufnahme. Auf Grund dieser endokrin bedingten psychischen Störungen und der allgemeinen körperlichen Schwäche wurde der Patient 1948 invalidisiert. Seitdem beschäftigte er sich nur in seinem Garten, lebt aber sonst ziemlich zurückgezogen, obwohl er nicht bewußt jede Gesellschaft meidet.

Das Sexualleben nach der Verwundung war ebenso wie sein körperlicher und psychischer Zustand sehr von der Hormonbehandlung abhängig. Geschlechtsverkehr fand nur meist auf Wunsch der Ehefrau statt. Libido war abgeschwächt vorhanden. Seit 2 Jahren kann der Patient wegen nachlassender Erektion nur sporadisch G.V. ausüben, dann auch meist nur direkt nach Hormongaben. Nach 8 Jahren Ehe kam es wegen der Kinderlosigkeit und dem stark eingeschränkten Sexualleben zu solchen Spannungen, daß sich beide Ehepartner mit Suicidgedanken trugen. Eine heterologe Insemination wurde damals von den

Behörden abgelehnt. 1953 gebär die Ehefrau eine Tochter. Über dieses Problem wollte der Patient keine Auskunft geben. Seit der Geburt des Kindes festigte sich die Ehe wieder, wodurch auch das seelische Gleichgewicht des Patienten günstig beeinflußt wurde.

Minderwertigkeitsgefühl, Stimmungsschwankungen und nervöse Anfälligkeit bestehen weiterhin, wenn auch nicht in dem verstärkten Maße wie früher. Weiterhin klagt der Patient über Leistungsverminderung, dauernde Müdigkeit, Knochenschmerzen und nachlassende Konzentrationsfähigkeit. Diese Beschwerden sind auch weiter stark von der Hormonsubstitution abhängig. Außer der Therapie (Beginn 1944) mit Anertan, Testosid, Testoviron und Testoviron-Depot wurde dem Patienten 1946 ein Hoden und Hodengewebe eines tödlich verunglückten Mannes beiderseits in die Bauchhaut eingepflanzt. Dieses Gewebe wurde aber von dem Körper abgestoßen. Folgende körperliche Befunde standen im Vordergrund: masculiner Habitus; abdominelle Fettschürze; keine Lipomastie; spärlicher Bartwuchs auf Kinnspitze und Oberlippe akzentuiert; spärliche Schambehaarung, normale Begrenzung; spärliche Achsel- und Terminalbehaarung.

Im Hoden re und li sind nur fibröse Stränge zu tasten, die zu den Hodennarben hinziehen. Die Prostata ist von gummiartiger Konsistenz und druckempfindlich, kaum vergrößert.

Eine spermatologische Untersuchung war nicht möglich, da vom Patienten keine Samengewinnung zu erreichen war. Auch durch Prostatamassage ließ sich kein Sekret gewinnen.

Therapievorschlag: Depot-Mesterolone 100 mg/5 Tage i.m.

VI. Diskussion der Ergebnisse

Bei der ersten Durchsicht der Versorgungsakten fiel auf, daß bei sehr vielen Fällen die Verletzungsfolge in Bezug auf die Hoden nur sehr gering erörtert worden war. Dies betrifft alle Bereiche, die für das Kastrationssyndrom typisch sind. Verdeutlicht wurden diese Eindrücke später durch die Tabellen und Vergleichszahlen, die eigentlich ein genaues Bild von dem ergeben sollten, was auch in der Literatur und bei weiteren Untersuchungen an Kastraten und anderen Hodenverletzten berichtet wird. Nur in Einzelfällen kann man sich ein genaues Bild von den Veränderungen und Störungen des Kastrationssyndroms aus den vorliegenden Versorgungsakten machen. Allgemein ist festzustellen, daß die meisten Akten für genaue statistische Untersuchungen von hodenverletzten Männern nicht ausreichend zu verwerten sind.

Bewertung der Gutachten

In manchen Fällen wurde in einer Begutachtung außer der normalen Körperuntersuchung und der Angabe des anatomischen Hodenbefundes nichts weiter erwähnt, auch bei späteren Untersuchungen nicht.

Bei 27% (39) der Fälle wurde im ganzen Verlauf nur eine Begutachtung angefertigt und bei weiteren 13,9% (24) noch eine zweite. Die geringe Anzahl der häufig begutachteten Kriegsbeschädigten betrifft meist solche Fälle, die als Tuberkulöse überwacht und ständig kontrolliert wurden. Im ganzen wurden bei 56,9% (89) der Fälle 1 bis 3 Gutachten im Verlauf von 25 Jahren aufgestellt. Der größte Teil der Hauptgutachten (84% = 121) wurde zwischen den Jahren 1946 und 1953 angefertigt. Aber auch noch später wurden die ersten Gutachten erstellt. Bei 3 Fällen, die erst 1959, 1960, 1961 begutachtet wurden, handelte es sich um Zonenflüchtlinge.

In drei weiteren Fällen (1 Vollkastrat, 2 subtotal Kastrierte) wurde von den Versorgungsämtern angegeben, daß eine neue Begutachtung für nicht notwendig gehalten wird. Bei dem Vollkastraten stand nur die Hodenverletzung im Vordergrund, bei den anderen beiden noch weitere Krankheiten.

Der Zeitpunkt der ersten Gutachten (außer Krankenblättern) nach der Hodenverletzung lag bei 50% immerhin noch nach 6 Jahren und später. Rund 16% (22) sind sogar erst 10 Jahre und mehr nach der Hodenverstümmelung das erste Mal begutachtet worden.

Als Beispiele für die Gutachten seien folgende angegeben: Von einem Vollkastraten, der mit 17 Jahren (1944) kastriert wurde, waren Krankenblätter aus den Jahren 1945/46 aktenkundig. Später wurde er 1946/51/57 begutachtet. Bei jeder Untersuchung wurden stärkere somatische und psychische hormonale Ausfallssymptome beschrieben. Ab 1957 erfolgte keine weitere Begutachtung. Bei 2 anderen Vollkastraten wurde nur aus den Jahren 1946 und 1948 Untersuchungen angeführt, obwohl schon gewisse hormonelle Ausfälle beschrieben wurden. Diese drei Beispiele sind keine Ausnahmen, sondern leider der überwiegende Teil der Fälle. Als Gegenteil soll ein Vollkastrat angeführt werden, der fast alle 3 -4 Jahre untersucht wurde, einschließlich von Kuren. Dies ist aber eine der wenigen Ausnahmen.

Über die Hälfte der Kriegsbeschädigten wurde, wie schon erwähnt, nur zwischen 1- und 3-mal untersucht und begutachtet. Dieses geschah größtenteils nicht einmal in regelhaftem Zeitabstand. Oft konnte man nur aus beigefügten Bundesbehandlungsscheinen die hormonell bedingten Ausfallerscheinungen ersehen oder eine durchgeführte Therapie vermuten.

Altersverteilung

Betrachtet man das Alter, in dem die Hodenverletzungen erfolgten, so sind, wenn man nur die Vollkastraten nimmt, 10,8% (8) der Verstümmelten unter 20 und 41,8% (31) zwischen 20 und 25 Jahre gewesen. Diese Männer wurden von dem Ereignis in einer Lebensphase getroffen, in der teilweise noch Pubertätsausläufer zu erwarten bzw. gewisse psychische Reifungsvorgänge noch nicht abgeschlossen waren. In 2 dieser Fälle erfolgte die Hodenverletzung auch mit totalem Penisabriß.

Besonders in der Altersgruppe, die vor bzw. um 20 Jahre die Hodenverletzung erlitten hatten, waren die Folgen in beruflicher Hinsicht sehr schlecht. Alle befanden sich vor dem Kriege noch in

schulischer oder beruflicher Ausbildung. 75% (17) von ihnen fanden nach dem Krieg, bedingt durch die Verletzung, keinen beruflichen Anschluß mehr und verdingten sich als Hilfs- oder Gelegenheitsarbeiter bzw. waren zeitweise arbeitslos. Diese Abhängigkeit von Verletzung und Berufsschicksal ist eindeutig aus den Akten ersichtlich.

Sexualleben vor der Verwundung

Krasse Versäumnisse der gutachterlichen Dokumentation findet man bei den Fragen, die sich auf die Pubertät und das Sexualleben vor der Verwundung beziehen. Gerade diese wären sehr wichtig gewesen, um eventuell schon vorher bestehende Störungen oder Veränderungen aufzudecken, die sonst leicht in die Verletzungsfolgen und deren Auswirkungen einbezogen werden könnten. Dies gilt vor allem deshalb, weil viele Autoren (BLEULER, LANGE MANTHEY, LANGE LÜDDEKE) der Ansicht sind, daß Ausfälle und Veränderungen bei Kastraten gerade im psychischen und auch sexuellen Verhalten sehr von der vor der Verwundung bestandenen Persönlichkeitsstruktur abhängig sind.

So wurde bei 95,8% (138) der untersuchten Fälle nicht nach dem Verlauf der Pubertät gefragt bzw. es wurde nicht erwähnt, ob sie normal verlaufen sei oder nicht. Nur in einem Fall wurde auf einseitigen Kryptorchismus hingewiesen.

Die Art des vor der Verwundung geführten Sexuallebens wurde bei 86,8% (125) der Fälle nicht erwähnt. Ein Hodenverletzter gab Störungen nicht erfragter Ursache an. Der Rest gab ein normales Sexualleben an.

Berufliche Entwicklung

Im Hinblick auf die berufliche Tätigkeit der Hodenverletzten gaben die Versorgungsakten recht gute Auskünfte. Zwar wurden auch zu den Fragen, die die Ausbildung vor der Verwundung betreffen, wenig genaue Angaben gemacht, so daß man kaum Vergleichsmöglichkeiten anstellen kann; doch ändert sich das Bild bei den Punkten, die die soziale Anamnese nach der Verwundung betreffen.

Aus den Akten der Verletzten, die vor ihrer Verwundung den Beruf gewechselt hatten (14 = 9,7%), sind dazu keine weiteren Aufschlüsse ersichtlich. Einige wechselten damals, um Berufssoldat zu werden. Nach der Verletzung nahmen 62,1% (46) der Vollkastraten und 58,6% (41) der subtotal Kastrierten ihre alte Tätigkeit nicht mehr auf. Man darf allerdings nicht daraus schließen, daß dies nur auf die Hodenverletzung zurückzuführen ist. Andere Krankheiten, familiäre Probleme und weitere soziale Folgen der Nachkriegszeit stehen auch mit im Vordergrund. Inwieweit sich gerade am Anfang die Verletzungsfolgen auf die berufliche Veränderung auswirkten, war nur manchmal aus den Versorgungsakten ersichtlich. Diese Einwirkungen traten jedoch im allgemeinen erst später auf.

Bei der Wertung des jetzigen Berufs wurde die im Augenblick ausgeübte Tätigkeit mit der vor der Verwundung ausgeübten verglichen, sowohl in rein finanzieller Hinsicht als auch im sozial-wertungsmäßigen Status. 44,5% (33) der Vollkastraten und 37,7% (25) der subtotal Kastrierten blieben in ihrer beruflichen Tätigkeit stehen und bei 24,3% (18) bzw. 14,2% (10) war sogar ein sozialer Abstieg zu verzeichnen, d.h. ihre berufliche Ausübung lag qualitativ weit unter der vor der Verwundung. Demgegenüber stehen nur 21,4% (11) der Vollkastraten und 35,7% (18) der subtotal Kastrierten, die eine normale Entwicklung in ihrem Beruf hatten oder bei denen ein echter sozialer Aufstieg verzeichnet werden konnte. (So z.B. ein Vollkastrat, der sich vom Reichsbahnheifer bis zum Bundesbahnoberbetriebsrat hochgearbeitet hatte). Obwohl man nur aus den wenigsten Akten genau ermitteln kann, wie sich die Hodenverletzung auf den beruflichen Werdegang auswirkte, so fällt doch der hohe Prozentsatz der beruflichen Stagnation und des sozialen Abstiegs ins Auge, vor allem auch im Vergleich der Vollkastraten mit den subtotal Kastrierten. 1 Vollkastrat blieb nach dem Kriege berufslos, was aber nach den Gutachten nicht auf die erlittene Hodenverletzung zurückgeführt werden konnte. Ein Grund wurde nicht angegeben.

Von den 6 Fällen, die mehrfach nach dem Kriegsende ihren Beruf wechselten, waren drei als Jugendliche im Alter von 18 Jahren kastriert worden. Zwei von ihnen waren während der Volksschulzeit einmal, der dritte zweimal sitzengeblieben. Der letztere Fall ent-

wickelte sich nach dem Kriege und der Kastration zu einem völlig charakterlosen, haltlosen und unsozialen Menschen und unsteten Arbeiter. Eine Straffälligkeit war aus den Akten nicht ersichtlich.

2 Fälle wurden auf Grund der Hodenverletzung invalidisiert; der eine wurde als Polizeiobermeister wegen Gemütslabilität und Kraftlosigkeit untauglich geschrieben, bei dem anderen wurde auch ein Herzinfarkt als Kriegsleiden neben dem Hodenverlust anerkannt. Ein anderer Polizeibeamter konnte auf Grund seiner Hodenverletzung keinen Außendienst mehr machen, da er nicht die Härte besaß, Strafanzeigen zu erstatten. Bei zwei anderen Fällen führten die Hodenverstümmelungen mit zur Invalidisierung.

Aus den weiteren Aktenangaben ist z.B. ersichtlich, daß ein Vollkastrat wegen der Verletzung zur Berufsumschulung abgelehnt wurde (vorher Winzer), ein weiterer konnte sich beruflich nicht weiter verbessern. Bei einigen anderen wurde angegeben, daß sie auf Grund der Beschädigung nicht voll arbeitsfähig waren und sogar den Beruf ändern mußten (von einer stehenden in eine sitzende Tätigkeit).

In der einschlägigen Literatur sind vor allem die Untersuchungen von LANGE richtungsweisend. Er beobachtete aus seinen Aktenunterlagen recht günstige Arbeitsverhältnisse, wonach der größte Teil der Kastraten im Arbeitsverhältnis stand. In der ersten Zeit sei der psychische Schock sehr gewaltig gewesen. Später habe vernünftiges Verhalten Einstellungen wie "Testes verloren, daher kein Mann, also kann man nicht mehr arbeiten" Platz gemacht. Allerdings erwähnt LANGE auch, daß manche Hodenverletzte mit der stetigen Arbeit aufhören mußten, zum Teil, weil sie aus langjähriger Tätigkeit wegen unzulänglicher Kraft und Ausdauer entlassen wurden, zum Teil, weil die Arbeit durch haltlose Gemütslabilität unmöglich gemacht wurde.

FROMMER berichtete von 100 Nachuntersuchungen an Kastraten, daß der überwiegende Teil der Entmannten ihre Arbeitslust und Arbeitskraft behalten haben. Nur ein Drittel der Fälle erklärte, daß diese herabgesetzt seien.

Sexualleben nach der Verwundung

Aus vielen Literaturstellen (BLEULER, LANGE, LÜDDEKE, LANGE, BORELLI, OBERHOLZER) kann man entnehmen, daß Libido und Potenz bei Spätkastraten erhalten bleiben können. Dies wird in einigen Fällen berichtet.

Bei der Durchsicht dieser Akten waren auch in diesem Punkt keine genauen Aufschlüsse zu erhalten. Auch LANGE berichtete in seiner Arbeit, daß so mancher begutachtende Arzt gar nicht erst nach Libido und Potenz gefragt habe, weil ihm vielfach selbstverständlich schien, daß mit dem Verlust der Geschlechtsdrüsen jegliche andere Geschlechtsfunktion unterbunden sei, oft aber nur, um bei den Verstümmelten keine neue seelische Verletzung zu setzen.

Diese Ansichten scheinen auch in den von uns durchgesehenen Akten geherrscht zu haben, will man eine Erklärung für die Nichterfragung gerade dieser wichtigen Fragen erhalten. Jedoch konnte in der Erstbegutachtung bei der Frage nach Libido 48,6% (70) der Antworten verwertet werden. Demnach hatten 28,2% (21) der Vollkastraten und 12,8% (9) der subtotal Kastrierten keine Libido mehr. Nur 14,2% (5,8% (2) Vollkastraten; 8,4% (8) subtotal Kastrierte) gaben an, keinen Rückgang der Libido festzustellen.

Die weiteren Angaben über Erektion, Ejakulation, G.V.-Frequenz, Beschwerden beim G.V. und Anorgasmus können für eine genaue Analyse kaum herangezogen werden, da nur von 23 bis 49 positive Antworten vorlagen. Die Frage nach Potentia coeundi wurde wieder etwas genauer beantwortet mit 47,9% (69) verwertbaren Angaben (43,2% (32) der Vollkastraten; 58,2% (37) der subtotal Kastrierten). 75% (24) der Vollkastraten gaben in der Erstbegutachtung an, keine Potenz mehr zu haben gegenüber nur 32,4% (12) der subtotal Kastrierten. 25% (8) der Vollkastraten hatten noch gelegentlich Verkehr gegenüber 48,7% (18) der subtotal Kastrierten. 18,9% (4) der subtotal Kastrierten hatten häufiger Verkehr. Hier wird deutlich, daß die Potenz bei den Vollkastraten wesentlich rascher schwindet als bei den Männern, die noch einen Rest von funktionstüchtigem Hodengewebe haben.

Auch die Fragen, die nach der Erstbegutachtung gewisse Abläufe in dem Sexualleben der Hodenverletzten festhalten sollten, sind wiederum nur ungenügend beantwortet. Hier sind die Ergebnisse teilweise noch mangelhafter als bei der Erstbegutachtung, was bei der geringen Anzahl der weitererfolgten Gutachten nicht verwunderlich ist. So wurden hier in den einzelnen Punkten von 11,1% (16) und 25,6% (37) verwertbare Angaben gemacht, ausgenommen wiederum Libido und Potentia coeundi, wo die Werte bei 39,6% (57) bzw. 49,4% (71) liegen. Auch hier zeigen die Tabellen, daß bei den Vollkastraten die sexuelle Leistungsfähigkeit schneller nachläßt, obwohl es auch Ausnahmen gibt. Die Angaben, ob eine eventuell durchgeführte Therapie in dieser Hinsicht Besserung brachte, waren kaum zu verwerten. In jeder Tabelle wurden nur 1 bis 3 positive Antworten zur Therapie gegeben. Ein Vollkastrat beschrieb z.B. die Hormontherapie (Beginn nicht aus den Akten ersichtlich) wie folgt: nach der Injektion sei er tagelang sehr erregt und reizbar gewesen, danach, etwa 8 Tage, zeigte er ein normales Verhalten und später sei er wieder apathisch und depressiv geworden.

Die angegebenen Beschwerden bei Geschlechtsverkehr bezogen sich 2-mal auf Narben des Penis, die den Geschlechtsverkehr behindert hätten. Einmal wurden kolikartige Schmerzen in der Blasengegend nach dem Geschlechtsverkehr erwähnt.

In der Arbeit von LANGE waren immerhin rund 45% der Angaben über Sexualität verwertbar. Aus seinen Untersuchungen ist festzustellen, daß die Potenz mehr oder weniger rasch nach der Kastration ganz erheblich nachläßt, im Gegensatz zur Libido. Diese scheint vielfach noch lebhaft zu sein, wenn die P.c. schon geschwunden ist. Oft wird gerade dieses Mißverhältnis von Hodenverletzten als besonders schwer empfunden. In anderen Fällen schwindet aber auch beides, Potenz und Libido, sofort nach der Kastration.

Aus einer weiteren Literaturstelle (BORELLI) ist zu entnehmen, daß besonders bei den Kastraten, die erst nach der Pubertät bis zum 30. Lebensjahr kastriert wurden, noch häufiger Sexualakte möglich waren. Als Beweis wird auch immer wieder die hohe Zahl der Verehelichungen in diesem Lebensalter angeführt.

DOEPFMER und ULLRICH schreiben, daß gerade die I.c. von den Männern schwererwiegend empfunden wird als eine I.g.. In der Regel komme es zu einer Beeinträchtigung des Selbstbewußtseins, Minderwertigkeitskomplexen und depressiven Stimmungen. Sie fürchten sich davor, Freundschaften zu schließen oder auch nur Vertrauen in den Nächsten zu setzen. Sie glauben, daß ihre erlebte sexuelle Impotenz auf allgemeine Handlungen übergreift und ein generelles Versagen herbeiführt.

BLEULER erklärt, daß der auf den Geschlechtsakt gerichtete Trieb und mit ihm die Potenz in der Mehrzahl der Fälle hochgradig gedämpft oder aufgehoben werde. Mancher Kastrat gebe an, daß er weder (soweit festgestellt werden kann) potent sei noch irgendwelches Bedürfnis verspüre, Geschlechtsverkehr auszuführen. Die Ehe von Kastraten werde oft völlig asexuell. Nach BLEULER werden in der Literatur knapp 1% Ausnahmen geschildert, bei denen in keiner Weise eine Verminderung eingetreten sei. Häufig kommt es auch vor, daß die Sexualität nur gedämpft und nicht völlig aufgehoben wird. Als allgemeine Tendenz formuliert BLEULER: starker Einfluß der Kastration auf körpernahe Triebhaftigkeit und schwacher Einfluß auf die psychische Sexualität. Größer bleibe das Bedürfnis nach Zärtlichkeit und Gemeinschaft mit einer Frau als das Bedürfnis nach Geschlechtsverkehr.

Dazu schreibt WOLF, daß Libido und Potenz nach Kastration gleich stark und gleichzeitig abnehmen. Unterschiede kommen in den meisten Fällen nicht vor. Eine ganz allmähliche Abschwächung beider Funktionen kann sich über Jahre hinausziehen. Wenn die Kastrationswirkung sehr intensiv ist, dann ist auch meist die Aufhebung von Libido und Potenz innerhalb von 6 Monaten vollendet. Die Wirkung auf Libido und Potenz sind am stärksten bei jung und alt Kastrierten. Meist sind die Fälle von erhaltener Libido und Potenz in den Jahrgängen zu suchen, die zwischen 25 und 45 kastriert wurden.

Von einer Untersuchung an 100 entmannten Sexualdelinquenten berichtet FROMMER, daß die Libido in 77 Fällen innerhalb der ersten 6 Monate erloschen sei, die Potenz im gleichen Zeitraum bei 84 Fällen. Der Rest verteilte sich in beiden Bezugspunkten

zwischen 6 Monate und 2 Jahre. Jeweils 7 Patienten gaben nach 1 bis 4 Jahren an, daß Libido und Potenz noch vorhanden seien. FROMMER schreibt hierzu aber weiter, man müsse annehmen, daß diese Wirkung auf Libido und Potenz zunächst rein psychisch und unmöglich hormonal bedingt sein kann.

Viele Punkte spielen bei der Kastration eine Rolle: einmal das Lebensalter, in dem die Kastration stattfand, weiter die Zeitdauer seit der Kastration sowie Stärke und Art des Sexualverhaltens vor dem Eingriff. Dementsprechend kann dieses ganz ausgelöscht, nur gedämpft werden oder gar unbeeinflusst bleiben. Es steht fest, daß Kastration in frühem Alter rascher, schwerer und regelmäßiger auf die Sexualität einwirkt als im reiferen Alter. Im hohen Alter wird die Triebwirkung der Kastration wieder verstärkt.

Ehe der Hodenverletzten

Sieht man von der allzu vereinfachenden Meinung ab, daß Kastration notwendigerweise mit dem Verlust an Kraft und Sexualität (Libido, Potenz) verbunden sei, so wird doch im allgemeinen eine Ehe für unmöglich gehalten. Daher ist es in unserem Aktenmaterial erstaunlich, daß 54,1% (67) Hodenverletzte (28 Vollkastraten, 39 subtotal Kastrierte) nach der Verletzung noch geheiratet haben und zwar in einem Zeitraum, der ziemlich gleichmäßig zwischen 1 und 8 Jahren liegt. Diese Tatsache verdeutlicht die Annahme, daß gegenüber der Erlebnisreaktion, verstümmelt (entmannt) zu sein, andere Überlegungen wie Wunsch nach einem Partner oder einer Familie sowie nach Pflege überwiegen. Auch dürften bei manchen Kastraten in den ersten Jahren nach der Verstümmelung Libido und Potenz noch in gewissem Maße erhalten gewesen sein.

22 (15,3%) Hodenverletzte (13 Vollkastraten, 9 subtotal Kastrierte) blieben vor und nach der Verletzung unverheiratet.

Es ist bemerkenswert, daß nur wenige Ehen der Hodenverletzten auf Grund der Verletzungsfolge geschieden worden sind, ebenso viele Vollkastraten wie subtotal Kastrierte (je $4,1\% = 5$). In den Angaben über die Scheidungsgründe steht meist: Unvermögen, den Geschlechtsverkehr auszuüben oder unregelmäßiger Geschlechts-

verkehr. Immerhin gaben 13,9% (17) (und 18% = 22 in der weiteren Begutachtung) an, daß sie aus Verletzungsgründen keine glückliche Ehe führten. Leider wurden in diesem Punkt bei 72,9% (97) keine Angaben gemacht. Von den Männern, die aus Verletzungsgründen geschieden wurden, heiratete die Hälfte wieder, ein Vollkastrat sogar ein drittes Mal. Vielfach waren die zweiten Ehen glücklicher als die ersten. Diese Ehefrauen zeigten ein größeres Verständnis für die Besonderheiten ihrer Männer, wohl auch deshalb, weil diese ihre Frauen vorher besser über die Verstümmelung und ihre Folgen aufgeklärt hatten.

Ein einziger Vollkastrat berichtete, daß seine Frau Verständnis für die Verletzung zeigt. Bei den meisten anderen, in deren Akten Angaben vorhanden waren, zeigten die Ehefrauen wenig Einsicht und machten teilweise ihren Männern Vorwürfe. Ein subtotal Kastrierter hatte seiner Frau gegenüber Minderwertigkeitsgefühle, ein anderer teilte mit, daß er nicht so sehr an der Verletzung leide als vielmehr an den Folgen in der Ehe. Ein Vollkastrat bezeichnete seine Frau als geschlechtlich kühl, trotzdem mache sie gewisse Andeutungen. Sehr ausführlich berichtete ein Vollkastrat über die Schwierigkeiten, den Geschlechtsverkehr auszuüben, und wie verzweifelt er darüber sei. Nicht nur seine Frau, sondern sogar sein Schwiegervater machten ihm Vorwürfe, seine Gattin nicht einmal befriedigen und keine Kinder zeugen zu können. Auch im Dorf wurde sehr viel über ihn geredet, und er gehe deshalb in kein Gasthaus.

Dieses "Volksgerede" wurde einem Kastrierten so unerträglich, daß er einen Wohnungswechsel vornahm. Als ein weiterer wichtiger Punkt für die verminderten Eheaussichten bei Hodenverletzten ist der Verzicht auf eigene Kinder. Besonders hier ergeben nicht nur die gerade anfallenden Probleme Schwierigkeiten, sondern es entstehen auch Überlegungen, die die Zukunft und damit auch die eventuelle Versorgung der einzelnen durch Kinder im Alter betreffen. Manche Ehe ist an dieser Frage mehr oder weniger gescheitert. Nur 31,1% (38) (bei 5,7 = 7 nicht erwähnten Angaben) der Hodenverletzten hatten eigene Kinder vor der Kastration zeugen können. 11 Hodenverletzte (5 Vollkastraten, 6 subtotal Kastrierte) nahmen später Adoptivkinder an. Erschütternd sind die Berichte von drei

Fällen, bei denen Kinder von Bekannten oder Freunden der Ehefrau mit Duldung des Ehemanns gezeugt worden sind. Diese Kinder wurden nach außen hin als eigene hingestellt, um dem Gespött der Umwelt zu entgehen oder um die Ehe weiter aufrechtzuerhalten. Ein Vollkastrat berichtete, daß er über die kinderlose Ehe sehr unglücklich sei. Ein anderer hatte einen psychischen Zusammenbruch wegen der kinderlosen Ehe, da auch seine Frau ihm mehrfach diesbezüglich Vorwürfe machte. Er verließ diese und sein Geschäft und drohte mit Suicidabsichten. Erst später kam es zu einer gewissen Versöhnung.

LANGE gibt an, daß gerade für die Ehen der Kastraten eine Gefahr in dem häufig raschen Nachlassen von Libido und Potenz bestehe. Vielfach sagen die Verstümmelten selbst, daß sie ihren Ehefrauen nicht genug seien, auch wenn diese einsichtig sind. Manchmal begannen die Frauen auch dann mit Vorwürfen, wenn sie vor der Ehe genau den Zustand der Männer gekannt hätten.

"Bei den Anforderungen, die jede Ehe, auch die beste, an die ethischen Qualitäten jedes einzelnen Menschen stellt, ist es auf primitivem Niveau selbstverständlich, daß im ehelichen Streit auch die Verstümmelung als Kampfmittel eine Rolle spielt. Was hier vor sich gehen mag, das läßt sich höchstens ahnen." (LANGE)

Psychische Auswirkungen der Kastration

In den Erstgutachten wurden unter den Punkten der psychischen Veränderungen nur von 5,6% (8) bis 16% (13) verwertbare Antworten gegeben. Dieses Ergebnis scheidet natürlich für eine genaue Betrachtung und Bewertung aus. Trotzdem lassen sich unter den Hodenverletzten Unterschiede erkennen, nämlich daß Störungen und Veränderungen wie Reizbarkeit, Minderwertigkeitsgefühle, depressive Stimmungen, labile Gemütsverfassungen bei den Kastraten weitaus stärker sind als bei den subtotal Kastrierten. Auch die für die weiteren Begutachtungen eigentlich erforderlichen Gesichtspunkte wurden mit Ausnahme der Fragen nach Depression und Psychastenie ungenügend beantwortet; von 17,4% (25) bis 29,2% (42) zu verwertende Ergebnisse. Diese Werte erlauben ebenfalls nicht, größere Vergleiche

aufzustellen. Der größte Teil der Hodenverletzten (80,7% = 46, deren Antworten brauchbar waren) gaben depressive Stimmungsveränderungen an. Zu dem Punkt Psychasthenie wurden je zur Hälfte Veränderungen und "keine" angegeben.

In der Zusammenfassung all der psychischen Störungen, die auch einen gewissen Ablauf darstellen sollte, gaben doch 58,1% (32) der Betroffenen zunehmende Veränderungen an. 23,6% (14) berichteten über keine Ausfälle psychischer Art. Durch Therapie konnten 7,3% (4) der Störungen gebessert werden, allerdings 2 Fälle trotz Therapie nicht. 12,1% (7) der Fälle hatten im Verlauf gleichbleibende Veränderungen.

Folgende Attribute konnte man immer wieder in den Akten lesen: weinerlich, traurig, ängstlich, labil, reizbar, antriebslos, verweichtlicht, müde, gedrückt, verzweifelt, stumpf, gleichgültig. Dazu kommen noch: "hysterische Zustände", Weinkrämpfe, Angstzustände bei Menschenansammlungen, willensmäßiger Antriebsmangel, reaktiv-depressive Stimmung, Feminisierung der Psyche, geistiges Desinteresse. Bei 4 Hodenverletzten wurde weiter angegeben, daß sie vorgealtert erscheinen. Besonders stark traten die oben genannten psychischen Erscheinungen bei den Hodenverletzten auf, die schon als Jugendliche kastriert wurden.

Von einem Jugendlichen, der mit 17 Jahren kastriert wurde, wird berichtet, daß er später nach dem Kriege zum chronischen Alkoholiker wurde, der mehrfach Suicidversuche unternahm. Eine Beziehung zwischen Alkohol und Verletzung sei möglich, jedoch nicht wahrscheinlich, da er von Haus aus ein charakterloser, haltloser und unsozialer Mensch sei. Obwohl er starke psychische und somatische Kastrationsausfälle ziemlich rasch nach der Hodenverletzung zeigte, wurde bei ihm bis 1966 keine Hormontherapie durchgeführt, da bis dahin Gutachter der Ansicht waren, daß durch Kastration kein Schaden zugefügt worden sei.

Vollzogene Selbstmorde wegen Kastrationsfolgen sind nicht aktenkundig. Allerdings unternahmen 2 Vollkastraten je einen Suizidversuch, einer sogar drei Versuche wegen der Verletzung und der darauf zurückzuführenden häuslichen Schwierigkeiten. 5 Hodenverletzte (2 Vollkastraten, 3 subtotal Kastrierte) gaben an, daß sie

zeitweise Suizidgedanken hätten. Ein Vollkastrat unternahm z.B. einen Suizidversuch mit Schlafmitteln, da wegen Unvermögen, den Geschlechtsverkehr auszuüben, seine Frau sich von ihm scheiden lassen wollte. Bei einem anderen berichtete die Frau selbst, daß ihr Mann unüberlegte Handlungen mache und mit Suizidgedanken spiele. Er brauche dauernd Menschen, die auf ihn achteten.

In der medizinischen Literatur werden über die psychischen Veränderungen bei Kastraten ähnliche Aussagen gemacht wie in den vorliegenden Akten. Einmal sind es unangenehme Beschwerden, die teilweise als "Klimakterium virile" beschrieben werden, wie Nervosität, leichte Ermüdbarkeit, Schlafstörungen, Reizbarkeit, Schwindel, Konzentrations- und Erinnerungsschwäche sowie Mißmut und Kopfschmerzen. Nach LANGE treten diese dem weiblichen Klimakterium ähnlichen Beschwerden besonders um das 35. bis 45. Lebensjahr auf, unabhängig von dem Kastrationsalter. Zum anderen sind es Reaktionen wie Minderwertigkeitsgefühle, depressive Stimmungslagen, Niedergeschlagenheit oder Lebensunlust. All diese Störungen können mehr oder weniger häufig auftreten bzw. kurz oder jahrelang dauern.

BLEULER ist der Ansicht, daß diese Reaktionen weitgehend von der präoperativen Persönlichkeit und von den sozialen Folgen der Kastration abhängen. Darauf hat auch LANGE schon hingewiesen, wenn er schreibt, daß für solche Reaktionen nicht die Verstümmelung als solche, sondern die Verstümmelung erst im Zusammenhang mit der besonderen Art der betroffenen Persönlichkeit entscheidend wird. "Vielmehr entscheidet die Persönlichkeit, was der einzelne mit seinen Schäden anfängt." LANGE weist ferner darauf hin, daß Mattigkeit, Schläffheit und Müdigkeit bei Kastraten immer wieder in deren Akten erwähnt werde. Teilweise entstünden soziale Folgen, da die Hodenverletzten manch gute Berufsstelle aufgäben, weil Spannkraft und Ausdauer nicht mehr ausreichten. Depressionen beschreibt er als eine erhöhte Stimmungs labilität, die besonders leicht und besonders stark nach der depressiven Seite ausschlägt. Immer wieder wird auch von einer merkwürdig weichlichen Gemüts labilität, die öfters durch Weinkrämpfe gekennzeichnet ist, gesprochen. Dieses Weinen tritt vor allem dann auf, wenn bei den

Kastraten über ihre Verletzung gesprochen wird. Diese Beobachtungen wurden in den vorliegenden Akten ebenfalls mehrfach erwähnt, wurde doch teilweise dadurch die Untersuchung erschwert.

Rund 28% der Hodenverletzten gaben bei LANGE psychische Verstimmungen der verschiedensten Art an. In unserer Arbeit zeigten sich in der Erstbegutachtung bei durchschnittlich 10% der verwertbaren Antworten 84,8% psychische Störungen, während sich in den weiteren Begutachtungen 26,3% der verwertbaren Antworten auf 83% Veränderungen beliefen.

LANGELÜDDEKE schreibt in seinem Überblick über die Kastrationsfolgen bei Sittlichkeitsverbrechern, im Vordergrund der psychischen Veränderungen stünden depressive Verstimmungen, über die namentlich im Frühjahr Probanden klagten, weiterhin Störungen der Merkfähigkeit, des Gedächtnisses, des Intellekts und Energieschwäche. In den deutschen Beobachtungen ab 1945 wird eine hohe Zahl von Selbstmorden nach der Kastration vermerkt, wenn auch ein ursächlicher Zusammenhang mit der Kastration nicht oder nur ausnahmsweise wahrscheinlich sei. Die Tatsache, daß es so oft zum Suicid gekommen sei, gebe doch zu denken. Bei 20% habe die Kastration eine günstige Auswirkung, bei 30% unangenehme Veränderungen hervorgerufen.

LANGE schreibt in seiner Arbeit von einer Gruppe von Hodenverletzten (23%), die er als "Stille Kastraten" bezeichnet. Es sind solche Männer, die sich nach einer einmaligen Begutachtung und Einschätzung der Erwerbsfähigkeit nicht mehr von selbst bei den Versorgungsämtern gemeldet haben oder bei denen sich die letzte Untersuchung wesentlich auf den anatomischen Befund beschränken konnte. Er führt dies darauf zurück, daß quälende Kastrationsfolgen nicht mehr hervorgetreten sind. Dazu komme noch eine große Mehrzahl von Entmannten, die eine recht günstige soziale Entwicklung durchgemacht hätten. Die meisten seien in ihrem Beruf geblieben und zahlreiche seien sogar sozial vorangekommen.

WOLF berichtet, daß depressive Verstimmungen an untersuchten Sexualdelinquenten in einem Viertel der Fälle aufgetreten seien, die aber nach 1 bis 2 Jahren spontan verschwunden seien. Selten würden sie jahrelang bestehen. Er schreibt weiter, daß die

Verstimmungen im allgemeinen als wenig gefährlich anzusehen seien. Für den einzelnen Patienten können sie, wenn sie häufig oder auch anhaltend sind, sehr lästig sein und können auf die Arbeitsfähigkeit ungünstigen Einfluß haben. Ihre Dauer hängt aber stark von der "psychischen Widerstandskraft" des einzelnen Patienten ab.

Therapie

Inwieweit eine durchgeführte Therapie bei den Hodenverletzten zu einer Besserung oder auch Verschlechterung der sexuellen und psychischen Veränderung geführt hat, ist kaum aus den Versorgungsakten zu ersehen. Hin und wieder werden diesbezüglich Angaben gemacht, daß z.B. bei Hormongaben kurzdauernd Libido und Potenz wiedergekehrt seien, oder daß depressive Stimmungslagen, Abgeschlagenheit oder Antriebsmangel für kurze oder längere Zeit verschwunden seien. Aber auch von dem Gegenteil wird berichtet. So konnten sich in wenigen Fällen die Störungen trotz Therapie nicht bessern.

In diesem Zusammenhang sei auf einige Literaturstellen hingewiesen. BLEULER gibt an, daß Androgene bei Kastraten ausgezeichnet auf klimakterische Beschwerden wirken. Auch kämen sie zur Belebung der Libido in Frage; dies sei aber häufig unbefriedigend, da sie zu lange und in zu großen Dosen gegeben werden müssen. BLEULER weist noch auf die große Bedeutung der Psychotherapie hin. Diese müsse danach trachten, den Kastraten vor Verachtung und Verfolgung zu schützen. Selbst für die Liebesfähigkeit sei sie eine theoretisch und empirisch begründete Hoffnung.

JORES weist in einem Vortrag über Psyche und Sexualhormon darauf hin, daß man in der Beurteilung der Erfolge der Therapie mit Sexualhormonen sehr vorsichtig sein müsse, da psychische Faktoren, d.h. das Wissen um die durchgeführte Therapie und der Glaube an sie, den Patienten stark beeinflussen können.

ASCHNER beschreibt z.B. einen solchen Fall, bei dem anfangs Sexualhormone und später Placebos in Form von Likör zu einem Erfolg führten.

JORES führt weiter aus, daß die Sexualhormone die Durchblutung der Sexualorgane fördern und somit indirekt zu einer Steigerung von Libido und Potenz führen. Eine unmittelbare Einwirkung auf diese psychologischen Phänomene scheinen sie nicht zu nehmen. JORES wie auch BLEULER sind der Auffassung, daß letztlich für die Entfaltung und Wirkung der Sexualhormone eine psychisch-seelische Bereitschaft vorhanden sein muß.

Nach BORELLI muß eine Bereitschaft, Empfindlichkeit oder Empfänglichkeit des Gehirns und seiner Zentren für die Sexualhormone primär vorhanden sein. Diese Bereitschaft kann aber nicht sekundär durch noch so große Hormongaben erzeugt werden. BORELLI ist aber auch der Meinung, daß es möglich sei, Kastraten durch Sexualhormongaben ein annähernd der Norm entsprechendes Geschlechtsleben zu gewährleisten.

Auch GIESE betont, daß eine normale sexuelle Leistung nur dann aufrechterhalten werden kann, wenn der Mann über ein Minimum an männlichen Sexualhormonen verfügt, wobei dieses Minimum individuell verschieden ist. Es wird beeinflusst von psychologischen Momenten und situativen oder sozialen Gelegenheiten. Es ist nicht zu leugnen, daß auch andere als direkt hormonale Faktoren sehr oft die männliche I.o. hervorrufen können.

Bewertung der MdE

Hinsichtlich der Einschätzung der abstrakten Schädigungsabgeltung der Hodenverletzung wurden die meisten Vollkastraten (56,7% = 42) mit 50% MdE begutachtet. Durch diese 50% MdE wurde jedoch lediglich der rein körperliche Schaden bewertet. Störungen psychischer Art wurden nur in 8 Fällen bei den Vollkastraten angerechnet und die Gesamt-MdE somit höher eingestuft. Zwar konnte in 19 Fällen nicht eindeutig ermittelt werden, wie hoch der Hodenverlust in der Gesamtbeurteilung zu veranschlagen war, jedoch konnte bei ihnen nach der Gesamt-MdE auf 50% MdE für den Hodenschaden geschlossen werden. Es ist wohl kaum anzunehmen, daß nur 8 Vollkastrate so weit über dem Maß der anderen Fälle liegende Gesamtausfälle hatten, daß bei ihnen eine höhere Einstufung der MdE gegeben war. Auch bei den subtotal Kastrierten wurden zwar 38,4% (27) (bei 40% - 28

nicht genau erkennbarer MdE in Bezug auf Hoden) mit 50% MdE begutachtet. Die meisten von ihnen hatten nur den direkten Verlust eines Hodens zu beklagen, aber der andere war vielfach mitbeschädigt. 6,5% (8) der subtotal Kastrierten hatten klinisch noch einen als normal anzusehenden Hoden. Erfahrungsgemäß aber kann der Hoden z.B. durch fehlende Sterilität bei der Wundversorgung mitgeschädigt sein, so daß er nur eventuell als klinisch funktionstüchtig anzusehen ist.

VII. Ant i a n d r o g e n e

Psychische Störungen bei der Behandlung mit Antiandrogenen

In der Behandlung von pathologisch gesteigerter oder abartigen Sexualitäten des Mannes wurde in den letzten Jahren an einigen Patienten eine sogenannte hormonale Kastration mit Antiandrogenen durchgeführt.

NEUMANN und seine Mitarbeiter fanden in tierexperimentellen Untersuchungen, daß Antiandrogene alle Organe und Organsysteme, die in irgendeiner Weise funktionell oder morphologisch androgenabhängig sind, beeinflussen, damit auch den Sexualtrieb. In Versuchen mit Ratten zeigte sich, daß durch antiandrogenbehandelte Rattenböcke die sexuelle Aggressivität gegenüber brünstigen Ratte[n]weibchen beträchtlich gemindert wurde. Außerdem verhielten sich die behandelten Rattenböcke gegenüber unbehandelten wie Weibchen. Die Antiandrogenbehandlung führt also auch zum psychischen Intersex. "Eine kompetitive Hemmung der hypothalamischen Androgenrezeptoren durch Antiandrogene konnte tierexperimentell weitgehend gesichert werden" (LASCHET).

Von LASCHET und LASCHET wurde erstmals über eine Antiandrogentherapie (Cyproteronacetat) an Patienten mit krankhaft gesteigerter Libido berichtet. Nach 14 Tagen Behandlung konnte Libido und Potenz der Patienten ohne wesentliche Nebenwirkungen und ohne Therapieversager gehemmt werden. Gegenüber der in vielen Fällen geübten Therapie wie Kastration oder hohe Östrogenmengen habe die Antiandrogenbehandlung erhebliche Vorteile: etwa 14 Tage nach Absetzen der Steroidzufuhr ist die Hemmung der Sexualität reversibel. Ein Verstümmelungsgefühl und daraus resultierende Minderwertigkeitsgefühle (chirurgische Kastration) können ausgeschaltet werden. Im Vergleich zu hohen Östrogenmengen fehlen der Antiandrogentherapie feminisierende Nebenwirkungen, wie z.B. Gynäkomastie.

Nach ROTHSCILD ist der Erfolg der Antiandrogentherapie stark indikationsabhängig. Am besten sprechen Zustände mit vorwiegend sexualpathologischer Symptomatik (Hypersexualität, Pädophilie,

Exhibitionismus etc.) auf die Behandlung an. Auch bei Patienten, die lediglich an einem bestimmten, hypersexuell gefärbten Symptom (z.B. störende und excessive Onanie, sexuelles Zwangsdenken etc.) leiden, ist noch eine sehr gute Erfolgsquote zu verzeichnen, wobei jedoch erwartungsgemäß nur das Symptom, nicht aber das Grundleiden beeinflußt wird. Bei Störungen wie sexuell gefärbte Wahnideen, Depressionen mit sexuellen Versündigungsideen und erotisch-aggressiven Erregungszuständen ist die Antiandrogentherapie nicht ganz so erfolgreich. Hierbei sind einige Versager aufgetreten. An psychischen Nebenwirkungen, so berichtet ROTHSCCHILD, entstehen in den meisten Fällen verständlicherweise auf Grund der massiven Neuerlebnisse hinsichtlich des eigenen Sexualverhaltens auch eine Veränderung der Psychosexualität mit zum Teil deutlichen Veränderungen des sexuellen Ich-Erlebnisses. Bei siebzehn Nachuntersuchungen gaben zwei Patienten störende Nebenwirkungen wie starke Impotenzgefühle, drei weitere Patienten Unheimlichkeit des neuen Selbsterlebnisses und depressive Verarbeitung und zwei Patienten Zwangsgedanken an (Umschlag der früher konkreten und gezielten sexuellen Wünsche und Dränge auf gedankliche Aktivität).

HOFFET faßt in einem Bericht über neue Wege in der Behandlung von Sexualdelinquenten das bisherige Wissen über die Antiandrogentherapie zusammen. Er berichtet u.a., bei Behandlung mit Antiandrogenen komme es nach 1 bis 2 Wochen zum Nachlassen der Potenz und gleichzeitig oder wenig später zu einer starken Verminderung der Libido. Die behandelten Männer werden zeugungsunfähig. Die sexuell dämpfende Wirkung sei nach der Behandlung jedoch reversibel. Gelegentlich werden einige Wochen nach Behandlungsbeginn depressive Verstimmungen beobachtet, die meist psychologisch begründet seien und mit der bewußt werdenden Veränderung im sexuellen Erleben zusammenhängen dürften. Die Verstimmungen bilden sich aber meist nach einigen Wochen spontan wieder zurück. Im allgemeinen wirken die Patienten unter der Behandlung ruhiger, oft passen sie sich auch sozial, z.B. im Anstaltsbetrieb, besser an.

PETRI behandelte 5 Patienten (4 Exhibitionisten, 1 Patient mit zwanghafter Masturbation) mit Antiandrogenen. Bei den Patienten kam es nicht nur zur Beseitigung des Symptoms, sondern zu größerer

innerer Ausgeglichenheit und Zufriedenheit, zu einer Harmonisierung der Ehe und zu einer besseren Berufsleistung und sozialen Anpassung, insgesamt also zu einer Stärkung der Ich-Leistungen.

VIII. Zusammenfassung

Aus 3 Bundesländern (Bayern, Hessen, Rheinland-Pfalz) wurden die Versorgungsakten von 144 hodenverletzten Männern der Jahrgänge 1909 - 1928 (74 Vollkastraten, 70 subtotal Kastrierte) aus dem zweiten Weltkrieg besonders auf psychosexuelle und psychosoziale Veränderungen und Ausfälle ausgewertet. Die körperlichen Ausfallerscheinungen sind in der Parallelarbeit von BUNNEMANN zu finden.

Die Hodenverletzungen lagen zum Zeitpunkt der Aktenauswertung 25 und mehr Jahre zurück.

Ein Gesamtbild der sexuellen und psychischen Kastrationsveränderungen konnte aus den Versorgungsakten nicht entnommen werden, da die Untersuchungen ein genaues Auswertungsergebnis oft nicht zuließen.

Aus der Sexualanamnese waren im Durchschnitt 27%, aus der Sozialanamnese 46% und aus der psychischen Anamnese 20% der Antworten zu verwerten.

Obwohl insgesamt die Qualität und Quantität der Gutachten genaue Ergebnisse nicht zuließen, so konnten doch bei dem größten Teil der Untersuchten endokrine Ausfallerscheinungen sowohl in sexueller als auch in psychischer Hinsicht festgestellt werden, die sich auch auf das Eheleben oder Berufsleben auswirkten.

Im Vordergrund der endokrinen Störungen und Ausfälle stehen: Libidoabschwächung oder -verlust, Impotentia coeundi, allgemeine Nervosität, abgeschwächter Antrieb, verminderte Konzentration und depressive Stimmungslagen.

In Nachuntersuchungen an 2 Patienten (2 Vollkastraten) aus dem vorliegenden Aktengut konnten die Ergebnisse aus Literaturstellen und aus dem Aktenmaterial der Versorgungsämter hinsichtlich der psychischen und sexuellen Störungen bei Kastration bestätigt werden.

IX. Literaturhinweise

- A s c h n e r, B. und C a s a m e r, A B.:
Zur Klinik des Späteunuchoidismus
und Spätkastratentums.
Klin.Wschr. 3, 86-88, (1935)
- B a n s i, H.W.: Die "interne Klinik" der Heimkehrer.
Beiträge zur Sexualforschung.
Enke, Stuttgart 11, 9-18, (1957)
- B a r t e l h e i m e r, H.:
Sexualdrüsen.
Das ärztliche Gutachten im Versicherungswesen.
Barth, München, Band II, 826-828, (1955)
- B a u m, H.: Selbstmord eines traumatischen
Spätkastraten.
Münch.med.Wschr. 46, 1960-1961, (1927)
- B e s c h o r n e r, R.:
Die versorgungsrechtliche Bewertung
der Kastration.
Der Med.Sachverständige 52, 4-6, (1956)
- B l e u l e r, M.: Die Kastration beim Manne
Endokrinologische Psychiatrie.
Thieme, Stuttgart, 215-220, (1954)
- B l e u l e r, M.: Das endokrine Psychosyndrom.
Endokrinologische Psychiatrie.
Thieme, Stuttgart, 33-44, (1954)
- B l e u l e r, M.: Das endokrine Psychosyndrom.
Hormon und Psyche.
5. Symposium der Deutschen Gesellschaft
für Endokrinologie, 4-12, (1958)

B o r e l l i, S.: Wirkung der Sexualhormone auf die Psyche.
Handbuch der Haut- und Geschlechtskrank-
heiten.

Erg.B. VI/3, 671-675, (1960)

B o r e l l i, S.: Das sexuelle Verhalten.

Handbuch der Haut- und Geschlechtskrank-
heiten.

Erg.B. VI/3, 657-659, (1960)

B V G (Bundesversorgungsgesetz):

§ 30 in der Fassung vom 20.7.1950
und vom 12.6.1956

B u n n e m a n n, U.:

Versorgungsärztliche Begutachtung des so-
genannten posttraumatischen Kastrationssyndroms.
Untersuchung über die körperlichen Ausfalls-
erscheinungen der Geschädigten.

Inaug. Diss. (in Druck), Erlangen, (1971)

D o e p f m e r, R.:

Die andrologische Begutachtung.

Berufsdermatosen 10, 301-310, (1962)

D o e p f m e r, R. und V a h l e n s i e c k, W.:

Andrologische Schädigungen.

Das ärztliche Gutachten im Versicherungs-
wesen.

Barth, München, 588-616, (1968)

D o e p f m e r, R.:

Die männliche Infertilität.

Med.Klin. 49, 2105-2110, (1957)

D o e p f m e r, R. und H e i n k e, E.:

Versicherungsrechtliche (Renten- und Unfall-)
Begutachtung auf Zeugungsfähigkeit.
Handbuch der Haut- und Geschlechtskrank-
heiten.
Erg.B. VI/3, 550-555, (1960)

D o e p f m e r, R. und H e i n k e, E.:

Psychische Einflüsse.
Handbuch der Haut- und Geschlechtskrank-
heiten.
Erg.B. VI/3, 432-434, (1960)

D o e p f m e r, R. und U l l r i c h, R.:

Die andrologische Begutachtung.
Berufsdermatosen 14, 72-94 u. 113-151, (1966)

D o n a l i e s, G.:

Ein forensischer Beitrag zur Psychopatho-
logie der Spätkastration des Mannes.
Deutsche Zeitschrift für gerichtliche
Medizin 40, 611-616, (1951)

D u b i t s c h e r, F.:

Zur Frage der Kastrationsfolgen.
Der öffentliche Gesundheitsdienst 1, 5-9, (1936)

F i s c h e r, H.: Die Wirkungen der Kastration auf die
Psyche.

Zschr.Neurol. 94, 275-300, (1925)

F r a n k l, E.V. und R o t h, G.:

Zur Therapie reaktiver Sexualneurosen
beim Heimkehrer.
Beiträge zur Sexualforschung.
Enke, Stuttgart, 11, 65-71, (1957)

- F r o m m e r: Zusammenstellung der Untersuchungs-
ergebnisse von 100 Entmannten.
Dtsch.Justiz 27, 1063-1066, (1938)
- G i e s e, H.: Sexualität und Sexualhormone.
Medical Tribune 44, 7, (1969)
- H i r s c h, P.: Die Frage der Kastration des Mannes
vom psychiatrischen Standpunkt.
Arch.Psychiatr. 64, 391-440, (1921)
- H o f f e t, H.: Neue Wege in der Behandlung von
Sexualdelinquenten.
Kriminalistik, Hamburg, 1-7, (1969)
- H o f f e t, H.: Über die Anwendung des Testosteron-
blockers Cyproteronacetat (SH 714) bei
Sexualdelinquenten und psychischen
Anstaltspatienten.
Praxis 7, 221-230, (1968)
- J e n s c h, N.: Untersuchungen an entmannten Sittlichkeits-
verbrechern.
Thieme, Leipzig, (1944)
- J o r e s - N o w a k o w s k i:
Praktische Endokrinologie.
Thieme, Stuttgart, (1968)
- J o r e s, A.: Psyche und Sexualhormone.
1. Symposium der Deutschen Gesellschaft
für Endokrinologie, (1953)
- K i e s s l i n g, W.:
Untersuchungen zur Erkennung des primären
Hodenschadens.
6. Symposium der Deutschen Gesellschaft
für Endokrinologie, (1960)

- L a n g e, J.: Die Folgen der Entmannung Erwachsener.
Thieme, Leipzig, (1944)
- L a n g e, J.: Kastration vom Standpunkt des Psychiaters.
Med.Klin. 33, 1081-1084, (1934)
- L a n g e l ü d d e k e, A.:
Die Entmannung von Sittlichkeits-
verbrechern.
de Gruyter, Berlin, (1963)
- L a s c h e t, U. und L a s c h e t, L.:
Die Behandlung der pathologisch gesteigerten
und abartigen Sexualität des Mannes mit dem
Antandrogen Cyproteronacetat.
13. Symposion der Deutschen Gesellschaft
für Endokrinologie, (1968)
- L a s c h e t, U. und L a s c h e t, L.:
Antiandrogentherapie der pathologisch
gesteigerten und abartigen Sexualität
des Mannes.
Klin.Wschr. 6, 324-325, (1967)
- M a n t h e y, H.G.:
Psychische Faktoren bei der männlichen
Keimdrüseninsuffizienz.
5. Symposion der Deutschen Gesellschaft
für Endokrinologie, (1958)
- M e n d e, W.: Zur Frage der Kastrationsfolgen.
Psychiatrie, Neurologie und med.Psychologie 5,
115-118, (1952)
- N e u m a n n, F., E l g e r, W., von B e r s w o r d t - W a l l -
R a b e, R.: Intersexualität männlicher Feten und Hemmung
androgenabhängiger Funktionen bei erwachsenen
Tieren durch Testosteronblocker.
Dtsch.med.Wschr. 8, 360-366, (1967)

N e u m a n n, F., E l g e r, W., S t e i n b e c k, H.,
v o n B e r s w o r d t - W a l l r a b e, R.:

Antiandrogene.

13. Symposium der Deutschen Gesellschaft
für Endokrinologie, (1968)

N i e r m a n n, H.:

Fortpflanzungsstörung und Minderung
der Erwerbsfähigkeit.

Zeitschrift für Haut- und Geschlechts-
krankheiten 37, 47-50, (1964)

O b e r h o l z e r, E.:

Über die Wirkung der Kastration
auf die Libido sexualis.

Sexualprobl. 8, 829-843, (1912)

O t t, F.:

Hypersexualität, Antiandrogene
und Hodenfunktion.

Praxis 7, 218-220, (1968)

P e t r i, H.:

Exhibitionismus: Theoretische und soziale
Aspekte und die Behandlung mit Antiandrogenen.
Der Nervenarzt 5, 220-228, (1969)

R o s t o c k, P.: Ärztliche Begutachtung Kriegsversehrter.
Stutz, München, (1951)

R o t h s c h i l d, B.:

Psychiatrisch-klinische Erfahrungen
mit einem Antiandrogenpräparat.

Schweiz.med.Wschr. 100, 1918-1924, (1970)

S c h e e l e, K.: Schäden der Harnorgane und der männlichen
Geschlechtsorgane.

Das ärztliche Gutachten im Versicherungs-
wesen.

Barth, München, Band I, 226-229, (1955)

S c h i r r e n, C.:

Traumatischer Hodenschaden mit Penisabriß.
Zeitschrift für Haut- und Geschlechts-
krankheiten 39, 53-56, (1965)

S c h u l t z, J.H.:

Psychische Folgen der Sterilisation und
Kastration beim Manne.
Zeitschrift für ärztl. Fortbildung 6,
161-165, (1935)

S t a d l b a u e r, F.:

Zur Begutachtung der Verletzungen und
Erkrankungen des männlichen Genitale.
Ärztliche Praxis 8, 9-10, (1956)

S t r a n s k y, E.:

Die Mehrfachdetermination der Sexual-
störungen bei Heimkehrern.
Beiträge zur Sexualforschung.
Enke, Stuttgart 11, 19-26, (1957)

S t r i e h n, O.: Kastration.

Diss. Nieft, Bleicherode, (1938)

T a u b e r, E.S.: Effects of Castration upon the
Sexuality of the adult male.

Psychosomat.Med.(N.Y.) 2, 74-87, (1940)

T o n u t t i, E. u. W e l l e r, O. u. S c h u c h a r d t, E.
u. H e i n k e, E.:

Die männliche Keimdrüse.
Thieme, Stuttgart, (1960)

W o l f, Ch.:

Die Kastration bei sexuellen Perversionen
und Sittlichkeitsverbrechen des Mannes.
Schwabe, Basel, (1934)

Mein besonderer Dank gilt Herrn Professor
Dr. med. O. Hornstein für die freundliche
Überlassung des Themas.

Für die verständnisvolle Förderung und die
wertvollen Hinweise bei der Ausführung der
Arbeit gilt ihm, wie auch besonders Herrn
Oberarzt Dr. med. N. Hofmann und Frau Dr.med.
L.Wilsch mein aufrichtiger Dank.

L e b e n s l a u f

Als Sohn des Augenarztes Dr. med. Hans Frank und seiner Ehefrau Ruth, geb. Geller, wurde ich am 28. August 1943 zu Siegen i.W. geboren.

Von 1950 bis 1955 besuchte ich die Grundschule in Siegen. Anschließend trat ich in das Jungengymnasium zu Weidenau/Sieg ein. Nach einem Schulwechsel bestand ich 1966 die Reifeprüfung an dem Aufbaugymnasium zu Usingen/Taunus.

Zu Beginn des Sommersemesters 1966 immatrikulierte ich mich zum Medizinstudium an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, wo ich im November 1968 die ärztliche Vorprüfung bestand.

Im Sommersemester 1969 studierte ich an der Philipps-Universität zu Marburg/Lahn. Gegenwärtig befinde ich mich im 6. klinischen Semester und möchte nach dem Sommersemester 1971 mein Staatsexamen ablegen.

Offsetdruck-Fotodruck

J. Hogl, 8520 Erlangen Hauptstr. 109, (Nähe Martin-Luther-Platz) Tel. 22990